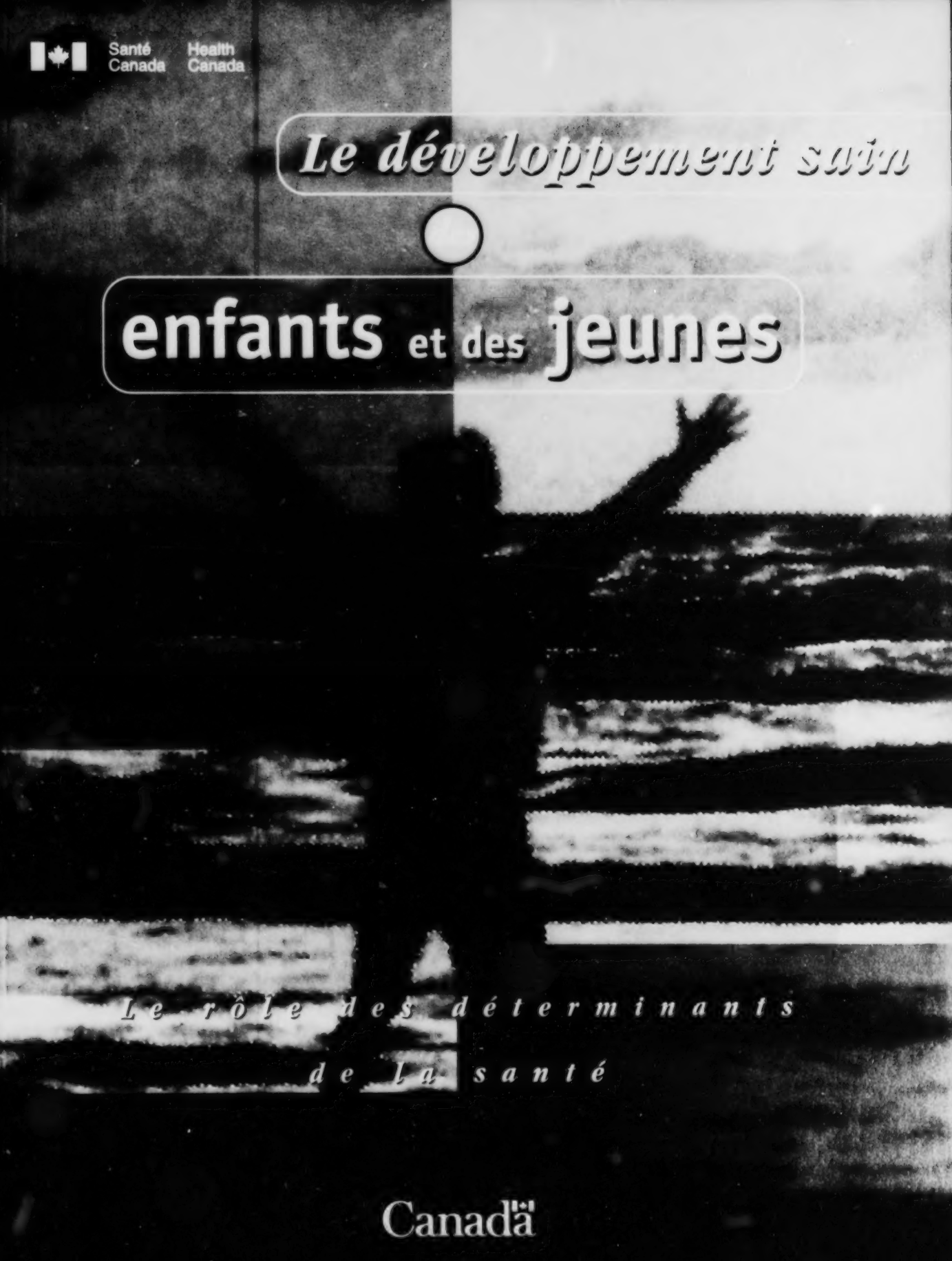
Santé Canada Health Canada

Le développement sain des enfants et des jeunes



Le rôle des déterminants de la santé

Canada

100-06296

Le développement sain des enfants et des jeunes

Le rôle des déterminants de la santé

Décembre 1999

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Données de catalogage avant publication (Canada)

Vedette principale au titre : Le développement sain des enfants et des jeunes : le rôle des déterminants de la santé

Also available in English under the title: Healthy development of children and youth: the role of the determinants of health

Comprend des références bibliographiques.

1. Enfants — Santé et hygiène — Canada.
2. Jeunesse — Santé et hygiène — Canada.
3. Enfants — Développement — Canada.
4. Indicateurs de santé — Canada.
I. Canada. Santé Canada.

RJ103.C3H42 1999 305.231'0971 C99-980287-9

Les analyses et opinions présentées dans cette publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position ou les politiques de Santé Canada.

Il est permis de reproduire de façon non commerciale ce document à des fins éducatives ou de planification des services, pourvu que la source soit clairement citée.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Publications
Santé Canada
Localisateur postal : 0900C2
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Tél. : (613) 954-5995
Téléc. : (613) 941-5366
Courriel : Info@www.hc-sc.gc.ca

Cette publication est également disponible sur Internet à l'addresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/pscs.htm

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le Ministre de Santé Canada, 1999

ISBN : 0-662-83911-0
N° de catalogue : H39-501/1999F

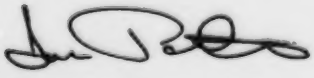
Avant-propos

Les stratégies visant à influer sur l'état de santé de la population doivent aborder à fond et de façon interdépendante la grande variété de déterminants de la santé. Alors que le développement sain de l'enfant est un déterminant crucial de la santé et du bien-être futurs de la population, il est influencé par chacun des autres déterminants essentiels. Il faudra la coopération et le soutien actif de nombreux secteurs pour former des citoyens en santé, engagés et socialement responsables.

Le présent rapport arrive à point, en cette période où la santé et le bien-être des enfants et des jeunes au Canada suscitent beaucoup d'intérêt. Les gouvernements au Canada estiment qu'un Plan d'action national pour les enfants, élaboré en tant que vision commune, encouragera un engagement collectif visant à améliorer la vie des enfants.

Le rapport intitulé *Le développement sain des enfants et des jeunes* vise à contribuer à la base de connaissances et à stimuler la discussion sur l'application du concept des déterminants de la santé au développement sain des enfants et des jeunes au Canada. Ce rapport constitue un cadre de travail pour que tous les secteurs intéressés puissent discuter du développement des enfants et des jeunes — une étape essentielle du processus d'application de la santé de la population.

Grâce au présent document et en collaboration avec d'autres initiatives nationales importantes, comme le *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, l'*Enquête longitudinale et nationale sur les enfants et les jeunes* et l'*Étude sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire*, nous espérons pouvoir établir une base de preuves commune pour fixer les priorités, élaborer des stratégies, planifier et intervenir, ainsi que pour mesurer les progrès liés à la santé et au bien-être de nos enfants. Ce processus permettra à tous les secteurs que la santé et le bien-être des enfants et des jeunes intéressent de mieux comprendre les enjeux et leurs interrelations en ce qui a trait aux façons dont leurs politiques, leurs décisions et leurs actions ont une incidence sur la santé et le bien-être de l'ensemble de la population des enfants et des jeunes.



Ian Potter
Sous-ministre adjoint
Direction générale de la promotion et des programmes de la santé

Remerciements

Plusieurs groupes et plusieurs personnes à Santé Canada et dans d'autres ministères fédéraux ont participé à l'élaboration du cadre de recherche qui forme le fondement du présent rapport. Ils ont déterminé et choisi les éléments de recherche et les données à présenter et ont fourni commentaires et réactions au cours des diverses étapes de l'élaboration du rapport. En raison de la complexité de la tâche et du temps requis pour préparer ce projet, plusieurs personnes se sont relayées au sein des groupes consultatifs et des groupes de travail avec le temps.

La Division de l'enfance et de la jeunesse de Santé Canada remercie les ministères fédéraux suivants de leur collaboration : Développement des ressources humaines Canada; Affaires indiennes et du Nord Canada; Justice Canada; Environnement Canada; Condition féminine Canada.

La Division de l'enfance et de la jeunesse remercie également ses collègues des autres divisions et directions de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé et de la Direction générale de la protection de la santé et de la Direction générale des services médicaux et de la Direction générale des politiques et de la consultation. L'attention que vous avez accordée aux détails et les commentaires et les réactions que vous nous avez communiqués avec sollicitude ont grandement contribué au document que nous vous présentons aujourd'hui.

En outre, nous avons consulté plusieurs spécialistes de l'extérieur et ils ont produit les premières ébauches de chapitres entiers ou de sections de chapitre. Nous remercions : les D^re^ Denise Avard et D^r^ Eef Harmsen, du groupe Avard & Harmsen, Consultants; Craig Shields, du groupe Human Services Consultants; D^r^ Peter Szatmari, du Canadian Centre for Studies of Children at Risk de la McMaster University.

Au sein de la Division de l'enfance et de la jeunesse, la direction de Brian Ward, qui a travaillé à la conceptualisation du projet, et d'Esther Kwavnick et de Helen McElroy, qui ont appuyé le projet et fourni orientation et

conseils, a été précieuse. L'équipe qui a assuré la permanence quotidienne au projet pour l'amener à terme se composait de Mary Johnston, d'Andrea Brand, de Catherine Mills et de Daniel Riendeau.

L'équipe d'Allium Consulting Group Inc. (à Ottawa) était chargée de la rédaction, de la révision, de la mise en page et de la production du rapport. Catherine Robinson s'est chargée de la gestion de projet et, de pair avec Jane Chapman, a rédigé et révisé le rapport. Simon Alves a mis en page le rapport, Jane Coghlan s'est chargée d'en coordonner la production et Gina Marin était chargée de l'éditique.

La traduction française du document a été confiée au cabinet Les Traductions Houle inc. La révision de la version française a été confiée à Sylvain Topping.

Table des matières

Avant-propos iii

Remerciements v

Partie A — Renseignement généraux et contexte

Introduction 3

But, portée et structure du rapport 4

La santé de la population comme outil 4

Structure du rapport 5

Sources et limites des données 5

L'approche fondée sur la santé de la population 6

L'évolution de la pensée 6

Les déterminants de la santé 8

Aperçu du développement des enfants 11

Les enfants canadiens 14

Combien y a-t-il d'enfants? 14

Où vivent-ils? 15

À quoi ressemblent les familles? 16

Combien d'enfants vivent dans la pauvreté? 17

Quel est leur état de santé? 17

Références 18

Partie B — Examen des déterminants

1. Le revenu et le statut social 21

Aperçu 21

Rapport avec le développement sain des enfants 22

Conditions et tendances 22

Le revenu familial 22

La pauvreté des enfants et des familles 24

La sécurité de l'alimentation et du logement 28

Revenu, statut social et autres déterminants 30

L'éducation 30

L'environnement social 30

Les pratiques de santé personnelles 30

Les capacités individuelles et les habiletés d'adaptation 31

Références 31

2. L'emploi et le milieu de travail 33

Aperçu 33

Rapport avec le développement sain des enfants 34

Conditions et tendances 35

La présence des parents sur le marché du travail 35

Le travail et le rôle parental 37

La garde des enfants 38

L'emploi chez les jeunes 40

Emploi et autres déterminants 42

L'éducation 42

Les facteurs génétiques et biologiques 42

La culture 42

Références 43

3. L'éducation 45

Aperçu 45

Rapport avec le développement sain des enfants 46

Conditions et tendances 48

L'éducation des parents 48

Le rôle de la famille 49

La maturité scolaire 51

Rester à l'école 53

Éducation et autres déterminants 57

Le revenu 57

L'emploi 58

L'environnement social 58

Références 59

4. L'environnement social 61

Aperçu 61

Rapport avec le développement sain des enfants 62

Conditions et tendances 63

La dynamique parentale et familiale (ou l'amour et le soutien affectif) 63

La structure familiale 64

La violence familiale 67

Le réseau scolaire et le réseau communautaire 70

La sécurité de la communauté 71

La criminalité chez les enfants et les jeunes 72

Environnement social et autres déterminants 73

Le revenu 73

L'éducation 74

Les facteurs génétiques et biologiques 74

Références 74

5. L'environnement naturel et l'environnement créé 77

Aperçu 77

Rapport avec le développement sain des enfants 79

Les comportements 79

La physiologie et les risques chimiques 81

Le développement et les risques chimiques 81

Conditions et tendances : l'environnement naturel 82

La qualité de l'air ambiant 82

La qualité des aliments et de l'eau 86

La qualité du sol 90

Le rayonnement et le réchauffement du globe 91

Conditions et tendances : l'environnement créé 92

Les blessures : une menace importante pour la santé 92

L'environnement résidentiel et les blessures 94

L'environnement résidentiel et l'exposition aux produits chimiques 95

L'environnement résidentiel et l'exposition aux substances biologiques 97

L'environnement scolaire 97

Le transport 98

L'environnement récréatif et les blessures 100

L'environnement récréatif et l'exposition aux produits chimiques 100

L'environnement récréatif et l'exposition aux substances biologiques 101

Environnement et autres déterminants 101

Le revenu 101

Les pratiques de santé personnelles 102

La culture : les enfants autochtones 102

Le sexe 103

Références 103

6. Les pratiques de santé personnelles 107

Aperçu 107

Rapport avec le développement sain des enfants 108

Conditions et tendances 111

La santé prénatale et la santé infantile 111

Une saine alimentation 113

L'image corporelle 114

L'activité physique 115

Le tabac, l'alcool et les autres drogues 116

Les blessures 118

L'activité sexuelle 123

Pratiques de santé personnelles et autres déterminants 125

Le revenu et l'éducation 125

L'environnement naturel et l'environnement créé 126

Les capacités individuelles et les habiletés d'adaptation 126

La culture 127

Le sexe 127

Références 127

7. Les capacités individuelles et les habiletés d'adaptation 131

Aperçu 131

Rapport avec le développement sain des enfants 132

Conditions et tendances 135

Les troubles mentaux 135

Le stress 137

Le suicide 138

Capacités individuelles, habiletés d'adaptation et autres déterminants 140

Le revenu 140

L'environnement social 140

Les facteurs génétiques et biologiques 140

Le sexe 140

Références 141

8. Les facteurs génétiques et biologiques 143

Aperçu 143

Rapport avec le développement sain des enfants 145

Les types de facteurs de risque génétiques et biologiques 146

Les troubles du développement 148

Conditions et tendances 150

Facteurs génétiques et biologiques et autres déterminants 152

L'emploi 152

L'éducation 152

L'environnement social 152

L'environnement naturel et l'environnement crée 153

Les pratiques de santé personnelles 153

Les services de santé et les services sociaux 153

Références 154

9. Les services de santé et les services sociaux 159

Aperçu 159

Rapport avec le développement sain des enfants 161

Conditions et tendances 165

Services de santé, services sociaux et autres déterminants 168

Le revenu et le statut social 168

L'éducation 168

L'environnement social 169

L'environnement naturel et l'environnement créé 169

Les pratiques de santé personnelles et les habiletés d'adaptation 170

Les facteurs génétiques et biologiques 170

La culture 170

Le sexe 171

Références 171

10. La culture 173

Aperçu 173
Rapport avec le développement sain des enfants 174
Conditions et tendances 178
La langue et l'ethnicité 179
Les blessures 179
Le suicide 179
L'éducation 179
Culture et autres déterminants 180
L'éducation et l'emploi 180
L'environnement naturel et l'environnement créé 180
Les pratiques de santé personnelles 180
Les capacités individuelles et les habiletés d'adaptation 181
Références 181

11. Le sexe 183

Aperçu 183
Rapport avec le développement sain des enfants 185
Conditions et tendances 187
Sexe et autres déterminants 190
L'éducation 190
Les pratiques de santé personnelles 190
Les capacités individuelles et les habiletés d'adaptation 190
Les facteurs génétiques et biologiques 190
Références 191

Partie C — Les défis d'aujourd'hui et de demain

12. Les défis 195

Aperçu 195

Questions primordiales pour le XXIe siècle 197

Le développement de l'enfant 197

La santé de la population 198

Une approche intersectorielle 199

La décentralisation 199

La mondialisation 200

L'ère de l'information et de la communication 200

Le vieillissement de la population 201

La participation des enfants 201

Conditions et tendances 202

Le revenu et le statut social 202

L'emploi et le milieu de travail 204

L'éducation 206

L'environnement social 207

L'environnement naturel et l'environnement créé 209

Les pratiques de santé personnelles 210

Les capacités individuelles et les habiletés d'adaptation 213

Les facteurs génétiques et biologiques 214

Les services de santé et les services sociaux 215

La culture 216

Le sexe 216

Regard sur l'avenir 217

Références 218

Renseignements généraux et contexte

Le développement sain des enfants et des jeunes.

oduct[illegible] l'approche de la santé de la population,

un aperçu du développ[illegible] de l'enfant ainsi que des faits

[illegible] chiff[illegible] enfants du Canada.

Introduction

La plupart de nos jeunes et de nos enfants ont une croissance saine et la possibilité de vivre, d'étudier et de travailler dans des endroits favorisant le bien-être. Les jeunes et les enfants représentent l'avenir du Canada, certes, mais ce sont aussi des membres importants de la famille, de la collectivité et de la société en général. On observe pourtant de profondes inégalités en ce qui concerne leur santé. En effet, certains sont plus exposés aux blessures et d'autres aux problèmes de santé physique et mentale, et si l'on ne prend pas les mesures nécessaires, ces inégalités risquent de se perpétuer à l'âge adulte. Sur le plan personnel et pour la société, ces problèmes peuvent possiblement avoir de graves conséquences.

Selon les recherches actuelles, beaucoup de blessures et de problèmes de santé des jeunes au Canada pourraient être évités. Par ailleurs, on sait maintenant que l'état de santé des jeunes au Canada dépend d'une foule de facteurs sociaux, culturels, physiques et économiques, dont bon nombre d'entre eux viennent du secteur habituel de la santé. Grâce à la recherche et aux expériences qui sont réalisées, nous commençons à connaître l'importance de l'insruction afin d'améliorer les conditions de vie et la santé des jeunes. On est de plus en plus conscient de l'incidence aliénante et négative de la pauvreté sur les jeunes. Un milieu social positif, des structures familiales offrant du soutien et un environnement sain et sûr influent nettement sur la santé des enfants.

La recherche nous offre un aperçu de l'avenir des jeunes au Canada, y compris la promesse de ce qui est possible de réaliser par la concertation sur certains fronts importants. Par la coopération, nous pouvons leur assurer une vie saine et satisfaisante. S'il y a des raisons d'être optimistes, la prudence reste de mise, car les défis à relever sont importants et exigent un effort collectif. La coopération et une approche plurisectorielle tenant compte des nombreux déterminants de la santé sont essentielles si l'on veut améliorer la santé des enfants et des jeunes au Canada.

But, portée et structure du rapport

Le développement sain des enfants et des jeunes entend susciter la discussion et l'adoption de mesures afin d'améliorer les perspectives d'avenir des enfants et des jeunes au Canada. Visant la santé de la population, le présent rapport compile les résultats des recherches actuelles afin d'expliquer l'incidence des déterminants de la santé sur le développement normal des enfants et d'illustrer les conditions et les tendances qui déterminent la santé et le bien-être des enfants et des jeunes au Canada.

Ce document s'adresse à tous ceux — concepteurs de politiques et de programmes, chercheurs œuvrant à tous les paliers de gouvernement, organismes de services sociaux et de santé, organisations spécialisées dans la recherche — qui se préoccupent de la santé actuelle et future des enfants et des jeunes au Canada. Nous espérons que l'information qu'il renferme favorisera une vaste réflexion au sujet des conditions et des déterminants propices à leur santé. Nous encourageons les concepteurs de politiques et de programmes à regarder à l'extérieur de leurs sphères d'influence habituelles pour déterminer l'incidence de leurs décisions sur le développement des enfants.

La santé de la population comme outil

L'approche fondée sur la santé de la population, qui fait appel à de nombreux déterminants de la santé et du bien-être, est utile pour réunir des faits liés aux déterminants de la santé des enfants et illustrer les avenues prometteuses en ce qui concerne la recherche et les mesures à prendre. Bien que le développement normal des enfants constitue en soi un déterminant de la santé, il sert dans le présent rapport de filtre ou de lentille pour examiner et analyser d'autres déterminants.

L'approche axée sur la santé de la population est toute récente. Il reste donc encore beaucoup à faire avant que l'on puisse déterminer avec certitude les véritables déterminants d'une bonne santé et les façons dont ils déterminent la santé et le bien-être des enfants. Afin de renforcer et de diversifier cet aspect, le rapport se fonde fortement sur l'ampleur de l'excellent travail des chercheurs et des intervenants dans le domaine de la santé des enfants et de ceux qui œuvrent dans les domaines pertinents. La compilation des principaux ouvrages et la présentation de la recherche axée sur la santé de la population dans le présent rapport permettra aux concepteurs de politiques et de programmes d'obtenir facilement de l'information utile et d'accroître leurs connaissances liées au développement d'enfants en santé. Cet objectif nous a incité à illustrer les liens importants qui existent entre les divers déterminants, afin d'inciter le lecteur à regarder au-delà de son domaine et à réfléchir à l'ensemble des déterminants de la santé des enfants.

Le rapport se concentre sur les enfants et les jeunes jusqu'à l'âge de 18 ans. À noter, toutefois, que bon nombre de questions abordées concernent les adultes (spécialement les parents). De nombreux aspects de la vie des enfants qui échappent à leur volonté exigent un vaste examen du contexte physique, social et économique dans lequel ils évoluent pour dégager une vue complète

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

des conditions et des tendances à cet égard. Sur certains points, comme le revenu et la pauvreté infantile, l'information est abondante, alors que pour d'autres, dont la violence faite aux enfants, on a peu de données nationales.

Structure du rapport

Le rapport comporte 12 chapitres précédés d'une **introduction** dans laquelle on trouve de l'information de base utile, y compris des données démographiques sur les enfants et les jeunes au Canada, un aperçu de l'approche fondée sur la santé de la population, les déterminants de la santé et une description du développement des enfants en général.

Chapitres 1 à 11 — Ces chapitres, qui constituent le corps du rapport, examinent chacun un déterminant de la santé et son lien avec le développement normal d'un enfant, résument les conditions et les tendances actuelles relatives à chaque déterminant et cernent les rapports qui lient chacun d'eux aux autres déterminants du développement normal.

Chapitre 12 — Ce chapitre renferme un commentaire de la Division de l'enfance et de la jeunesse de Santé Canada. Il offre un vaste aperçu des questions abordées dans les chapitres précédents, fait la synthèse des principales conclusions relatives aux déterminants de la santé de manière à cerner les questions, les possibilités et les priorités en matière de collaboration et de prise de décision intersectorielles afin d'améliorer la santé et les perspectives d'avenir des enfants et des jeunes au Canada.

Sources et limites des données

Le rapport réunit beaucoup d'information sur la santé provenant de nombreuses sources et utilise des études importantes, dont l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), le recensement de 1996 et l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) (1994–1995 et 1996–1997).

Nous utilisons et citons également d'autres sources de données et des rapports fiables dans les discussions relatives aux questions et aux tendances concernant la santé. Cela a donné lieu a des écarts et des incohérences quant à la présentation de l'information. Ainsi, l'emploi de catégories d'âges différences ne permet pas toujours d'établir des comparaisons entre les études. De même, les différences entre les périodes mentionnées pour certains indicateurs ne permettent pas d'évaluer avec précision les changements relatifs dans le temps.

Population autochtone du Canada — Définition des termes

Voici la terminologie utilisée dans le présent rapport pour décrire les populations autochtones du Canada :

Autochtones : Désigne les populations indienne, métis et inuite du Canada.

Premières nations : Désigne les Indiens de plein droit (ou inscrits).

Indiens de plein droit : Désigne quiconque est inscrit dans le registre des Indiens, lequels sont pour la plupart des membres d'une bande indienne.

À noter que les études citées dans le rapport n'utilisent pas nécessairement les mêmes définitions.

des conditions et des tendances à cet égard. Sur certains points, comme le revenu et la pauvreté infantile, l'information est abondante, alors que pour d'autres, dont la violence faite aux enfants, on a peu de données nationales.

Structure du rapport

Le rapport comporte 12 chapitres précédés d'une **introduction** dans laquelle on trouve de l'information de base utile, y compris des données démographiques sur les enfants et les jeunes au Canada, un aperçu de l'approche fondée sur la santé de la population, les déterminants de la santé et une description du développement des enfants en général.

Chapitres 1 à 11 — Ces chapitres, qui constituent le corps du rapport, examinent chacun un déterminant de la santé et son lien avec le développement normal d'un enfant, résument les conditions et les tendances actuelles relatives à chaque déterminant et cernent les rapports qui lient chacun d'eux aux autres déterminants du développement normal.

Chapitre 12 — Ce chapitre renferme un commentaire de la Division de l'enfance et de la jeunesse de Santé Canada. Il offre un vaste aperçu des questions abordées dans les chapitres précédents, fait la synthèse des principales conclusions relatives aux déterminants de la santé de manière à cerner les questions, les possibilités et les priorités en matière de collaboration et de prise de décision intersectorielles afin d'améliorer la santé et les perspectives d'avenir des enfants et des jeunes au Canada.

Sources et limites des données

Le rapport réunit beaucoup d'information sur la santé provenant de nombreuses sources et utilise des études importantes, dont l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), le recensement de 1996 et l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) (1994–1995 et 1996–1997).

Nous utilisons et citons également d'autres sources de données et des rapports fiables dans les discussions relatives aux questions et aux tendances concernant la santé. Cela a donné lieu a des écarts et des incohérences quant à la présentation de l'information. Ainsi, l'emploi de catégories d'âges différences ne permet pas toujours d'établir des comparaisons entre les études. De même, les différences entre les périodes mentionnées pour certains indicateurs ne permettent pas d'évaluer avec précision les changements relatifs dans le temps.

Population autochtone du Canada — Définition des termes

Voici la terminologie utilisée dans le présent rapport pour décrire les populations autochtones du Canada :

Autochtones : *Désigne les populations indiennes, métis et inuites du Canada.*

Premières nations : *Désigne les Indiens de plein droit (ou inscrits).*

Indiens de plein droit : *Désigne quiconque est inscrit dans le registre des Indiens, lesquels sont pour la plupart des membres d'un bande indienne.*

À noter que les études citées dans le rapport n'utilisent pas nécessairement les mêmes définitions.

De plus, de nombreuses études de la population autochtone du Canada définissent différemment les différents groupes, rendant les comparaisons difficiles (voir l'encadré, p. 5). Les termes « pauvreté » et « pauvre » risquent donc d'être définis de diverses façons dans la recherche.

À noter que même si l'on collecte et publie chaque année une importante manne d'informations sur la santé des enfants canadiens, nombreux sont les aspects importants pour lesquels il y a peu de données. Plusieurs de ces lacunes, y compris l'absence de données valables liées à de bons services de soins de santé et le fait que la plupart des données en ce domaine proviennent d'hôpitaux, justifient une attention particulière. De plus, l'information sur les peuples autochtones et les autres groupes culturels est soit incohérente, soit inexistante. La culture et l'origine ethnique étant des déterminants importants de la santé, le manque de données rend difficile l'évaluation des tendances et des incidences.

L'approche fondée sur la santé de la population

L'approche fondée sur la santé de la population examine l'incidence de l'interaction des caractéristiques et de la richesse individuelles, du milieu physique et des facteurs socioéconomiques sur la santé. Elle délaisse la santé individuelle au profit de la santé de l'ensemble de la population et de ses sous-groupes. Ce changement d'approche a pour corollaire le remplacement de l'insistance sur les actions et les attributs personnels (tels les comportements et les connaissances personnels) par les facteurs collectifs et de progrès social qui influent sur la santé et le bien-être.

Le passage ci-dessous décrit cette approche et son centre d'intérêt :

> L'approche fondée sur la santé de la population se concentre sur l'ensemble des facteurs et des conditions individuels et collectifs (et leurs interactions) qui déterminent la santé et le bien-être des Canadiens. Ses stratégies reposent sur l'évaluation des risques et des avantages qui s'appliquent à l'ensemble ou à des sous-groupes de la population (Santé Canada, 1996b, p. 3).

L'évolution de la pensée

L'approche fondée sur la santé de la population tire parti des progrès réalisés depuis 20 ans au Canada afin de promouvoir et maintenir la santé de la population. Depuis le début des années 1970, les efforts du Canada dans ce domaine lui ont acquis une réputation internationale pour ce qui est de la mise en œuvre d'initiatives importantes, dont les programmes communautaires axés sur la promotion de la santé, la défense des droits à la santé et l'adoption d'une politique publique sur la santé.

La publication, en 1974, du rapport Lalonde, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, qui a reçu un accueil favorable, a été décisive en ce qu'elle a permis d'améliorer la compréhension par les Canadiens des déterminants de la santé et du rôle du gouvernement pour ce qui est de promouvoir la santé de la population. Le rapport considère la biologie humaine, l'environnement, le mode de vie et l'organisation des services de santé comme les quatre principaux déterminants de la santé.

Vers le milieu des années 1980, on a pris peu à peu conscience des limites des nombreux efforts de promotion de la santé et fait observer que la santé et le comportement sont fonction de considérations comme le revenu, l'emploi, le statut social, le logement et divers facteurs environnementaux. La nouvelle importance attachée à ces déterminants non médicaux, la publication, en 1986, de *La Santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé* (qui fait intervenir la justice et l'équité sociale) et l'adoption, en 1986, de la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* ont attiré l'attention sur l'aspect sociétal (la population) — en insistant essentiellement sur les facteurs qui échappaient à la volonté des personnes, des professionnels et des collectivités.

Ces deux documents, *La Santé pour tous* et la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, ont servi de cadre important à l'élaboration de politiques et de programmes, tant au Canada qu'à l'étranger. Aujourd'hui encore, ils restent pertinents et ont permis de beaucoup faire progresser la politique de la santé ces 15 dernières années.

La Santé pour tous énonce un plan de mise en œuvre de stratégies de promotion de la santé et réitère la nécessité d'une approche positive et globale sur la santé. Outre la détermination des défis à relever dans le domaine de la santé à l'échelle nationale, ce cadre proposait des mécanismes de promotion de la santé (autogestion de la santé, entraide et milieux sains) et une série de stratégies de mise en œuvre (axées sur la participation du public, l'amélioration des services de santé communautaires et la coordination de la politique publique en matière de santé).

La *Charte d'Ottawa* constitue, elle aussi, une étape importante qui a permis de dégager une meilleure vue d'ensemble de la santé. On y définit clairement des mesures efficaces de promotion de la santé, dont la nécessité d'adopter une politique visant à assurer la santé de la population, de créer des structures de soutien, d'accroître les mesures communautaires, d'assurer des compétences professionnelles et de réorienter les services de santé.

La santé de la population à l'œuvre

Le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) de Santé Canada est un programme communautaire novateur qui vise à offrir aux enfants vivant dans des conditions difficiles un bon départ dans la vie.

L'une des initiatives du PACE, le Trinity Conception Family Resource Program (à Terre-Neuve), comporte diverses mesures d'aide aux enfants (de la naissance jusqu'à six ans) et à leurs parents, des programmes de formation au rôle de parent, des programmes pour les enfants ainsi que des groupes de soutien, des groupes de discussion sur la gestion de budget et des programmes d'échange de vêtements.

La publication, en 1974, du rapport Lalonde, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, qui a reçu un accueil favorable, a été décisive en ce qu'elle a permis d'améliorer la compréhension par les Canadiens des déterminants de la santé et du rôle du gouvernement pour ce qui est de promouvoir la santé de la population. Le rapport considère la biologie humaine, l'environnement, le mode de vie et l'organisation des services de santé comme les quatre principaux déterminants de la santé.

Vers le milieu des années 1980, on a pris peu à peu conscience des limites des nombreux efforts de promotion de la santé et fait observer que la santé et le comportement sont fonction de considérations comme le revenu, l'emploi, le statut social, le logement et divers facteurs environnementaux. La nouvelle importance attachée à ces déterminants non médicaux, la publication, en 1986, de *La Santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé* (qui fait intervenir la justice et l'équité sociale) et l'adoption, en 1986, de la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* ont attiré l'attention sur l'aspect sociétal (la population) — en insistant essentiellement sur les facteurs qui échappaient à la volonté des personnes, des professionnels et des collectivités.

Ces deux documents, *La Santé pour tous* et la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, ont servi de cadre important à l'élaboration de politiques et de programmes, tant au Canada qu'à l'étranger. Aujourd'hui encore, ils restent pertinents et ont permis de beaucoup faire progresser la politique de la santé ces 15 dernières années.

La Santé pour tous énonce un plan de mise en œuvre de stratégies de promotion de la santé et réitère la nécessité d'une approche positive et globale sur la santé. Outre la détermination des défis à relever dans le domaine de la santé à l'échelle nationale, ce cadre proposait des mécanismes de promotion de la santé (autogestion de la santé, entraide et milieux sains) et une série de stratégies de mise en œuvre (axées sur la participation du public, l'amélioration des services de santé communautaires et la coordination de la politique publique en matière de santé).

La *Charte d'Ottawa* constitue, elle aussi, une étape importante qui a permis de dégager une meilleure vue d'ensemble de la santé. On y définit clairement des mesures efficaces de promotion de la santé, dont la nécessité d'adopter une politique visant à assurer la santé de la population, de créer des structures de soutien, d'accroître les mesures communautaires, d'assurer des compétences professionnelles et de réorienter les services de santé.

La santé de la population à l'œuvre

***Le Programme d'action communautaire pour les enfants** (PACE) de Santé Canada est un programme communautaire novateur qui vise à offrir aux enfants vivant dans des conditions difficiles un bon départ dans la vie.*

L'une des initiatives du PACE, le Trinity Conception Family Resource Program (à Terre-Neuve), comporte diverses mesures d'aide aux enfants (de la naissance jusqu'à six ans) et à leurs parents, des programmes de formation au rôle de parent, des programmes pour les enfants ainsi que des groupes de soutien, des groupes de discussion sur la gestion de budget et des programmes d'échange de vêtements.

Au début des années 1990, des chercheurs ont publié des résultats et élaboré un modèle de déterminants de la santé à l'appui de bon nombre de principes fondamentaux et d'activités à l'ordre du jour dans de nombreux cercles du gouvernement et des concepteurs de politiques en matière de santé.

En 1994, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont adopté officiellement l'approche de la santé de la population. La publication intitulée *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens*, est un rapport qui résume les connaissances sur les déterminants généraux de la santé et dégage un cadre d'orientation pour l'élaboration de politiques et de stratégies visant à améliorer la santé de la population.

Les déterminants de la santé

L'approche fondée sur la santé de la population cerne les déterminants qui, par leur interaction, influent sur la santé et le bien-être personnels. Le terme « déterminant de la santé » désigne l'ensemble des facteurs qui, pense-t-on, contribuent à la santé des populations. On trouvera ci-dessous un aperçu de ces déterminants, dont une brève description de leur pertinence pour le développement d'enfants en santé et la santé en général. Chaque déterminant fait l'objet d'un examen approfondi dans les chapitres suivants, tant du point de vue de son rapport direct avec la santé des enfants que de son interaction avec d'autres déterminants de la santé.

La santé de la population à l'œuvre

Des enfants en santé apprennent mieux — ***Depuis son lancement, en 1993, cette vaste initiative de promotion de la santé en milieu scolaire à Calgary s'est implantée dans 88 écoles de la province. Ce partenariat entre les secteurs de la santé et de l'enseignement et les écoles de toute la communauté permet de répondre aux questions sur la santé mentale et émotionnelle, la nutrition, l'activité physique, la sexualité, la prévention du tabagisme, l'alcoolisme et de la toxicomanie et la prévention des blessures.***

Revenu et le statut social

Le revenu et le statut social sont les déterminants de la santé les plus importants. Des preuves irréfutables démontrent que les membres de chaque catégorie de revenu sont en meilleure santé et vivent plus longtemps que ceux de la catégorie inférieure. De plus, les pays où la répartition des revenus est plus uniforme ont une population en meilleure santé du point de vue de l'espérance de vie, de la qualité de vie et du taux de mortalité. Le revenu familial a une incidence directe sur l'état de santé des enfants. Ainsi, un revenu insuffisant peut nuire à la santé physique et mentale, au développement intellectuel et social et au rendement scolaire des enfants.

Emploi et milieu de travail

Le chômage, le sous-emploi et le stress au travail sont aussi des facteurs de mauvaise santé. En général, ceux qui ont plus d'emprise sur leur travail et moins de stress à cause de celui-ci sont en meilleure santé et vivent plus longtemps que les chômeurs ou ceux qui ont un emploi stressant. Inversement,

Au début des années 1990, des chercheurs ont publié des résultats et élaboré un modèle de déterminants de la santé à l'appui de bon nombre de principes fondamentaux et d'activités à l'ordre du jour dans de nombreux cercles du gouvernement et des concepteurs de politiques en matière de santé.

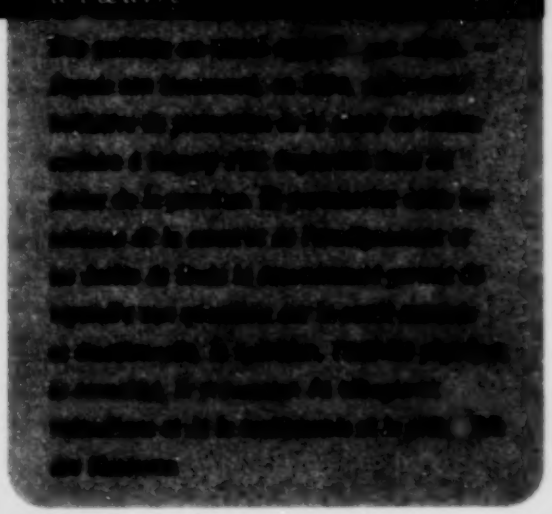
En 1994, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont adopté officiellement l'approche de la santé de la population. La publication intitulée *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens*, est un rapport qui résume les connaissances sur les déterminants généraux de la santé et dégage un cadre d'orientation pour l'élaboration de politiques et de stratégies visant à améliorer la santé de la population.

Les déterminants de la santé

L'approche fondée sur la santé de la population cerne les déterminants qui, par leur interaction, influent sur la santé et le bien-être personnels. Le terme « déterminant de la santé » désigne l'ensemble des facteurs qui, pense-t-on, contribuent à la santé des populations.

On trouvera ci-dessous un aperçu de ces déterminants, dont une brève description de leur pertinence pour le développement d'enfants en santé et la santé en général. Chaque déterminant fait l'objet d'un examen approfondi dans les chapitres suivants, tant du point de vue de son rapport direct avec la santé des enfants que de son interaction avec d'autres déterminants de la santé.

La santé de la population à l'œuvre



Revenu et le statut social

Le revenu et le statut social sont les déterminants de la santé les plus importants. Des preuves irréfutables démontrent que les membres de chaque catégorie de revenu sont en meilleure santé et vivent plus longtemps que ceux de la catégorie inférieure. De plus, les pays où la répartition des revenus est plus uniforme ont une population en meilleure santé du point de vue de l'espérance de vie, de la qualité de vie et du taux de mortalité. Le revenu familial a une incidence directe sur l'état de santé des enfants. Ainsi, un revenu insuffisant peut nuire à la santé physique et mentale, au développement intellectuel et social et au rendement scolaire des enfants.

Emploi et milieu de travail

Le chômage, le sous-emploi et le stress au travail sont aussi des facteurs de mauvaise santé. En général, ceux qui ont plus d'emprise sur leur travail et moins de stress à cause de celui-ci sont en meilleure santé et vivent plus longtemps que les chômeurs ou ceux qui ont un emploi stressant. Inversement,

l'emploi est un déterminant de la santé pour les parents et les enfants. La situation professionnelle et les conditions de travail déterminent les possibilités économiques des parents, tout comme leur aptitude à assumer leurs responsabilités familiales et à établir des rapports sains avec leurs enfants. Rien d'étonnant, donc, que ces déterminants influent sur la santé des enfants.

Éducation

L'état de santé est proportionnel au niveau d'éducation. Celui-ci a, en effet, une incidence favorable sur le revenu et la sécurité d'emploi tout en procurant le sentiment d'être maître de son existence. Ce sont là des facteurs importants pour la santé. Bien des facteurs favorisent la durée de la fréquentation scolaire et le rendement des enfants, notamment le degré d'instruction des parents et leur intérêt pour les études de leurs enfants de même que la maturité scolaire des enfants. Enfin, la capacité à lire des documents sur la santé est importante pour prendre des décisions responsables quant à l'utilisation du système de santé et à la façon d'assurer et d'améliorer sa propre santé et celles de membres de sa famille.

Environnement social

Le fait de vivre dans un milieu sûr qui assure de l'aide, et d'avoir une famille, des amis et des voisins qui offrent leur soutien réduit le stress et joue beaucoup en faveur d'un bilan de santé positif. Ce genre de soutien primaire et secondaire est essentiel pour les enfants et aide les parents à surmonter les difficultés inhérentes au fait d'avoir à élever une famille.

Environnement naturel et environnement créé

Les facteurs physiques du milieu naturel (la qualité de l'air et de l'eau, par exemple) peuvent avoir une incidence directe sur la santé. Les facteurs du milieu construit par les humains (p. ex. logement, urbanisme, infrastructure routière) influent également sur la santé, la qualité de vie et le bien-être. C'est ainsi que le fait d'habiter dans un mauvais logement peut constituer un danger pour la sécurité des enfants et de la famille en général, et que l'urbanisme (espace commun, éclairage, densité) peut avoir une influence sur l'interaction sociale et la sécurité.

Les pratiques de santé personnelles

Les pratiques de santé — du degré d'activité physique jusqu'à l'alimentation en passant par l'abstention du tabac et une saine sexualité — sont déterminants pour l'état de santé. Un milieu favorisant un mode de vie sain influe sur la santé en général. Les habitudes propices à la santé et au bien-être lorsqu'on est adulte se prennent souvent au cours de l'enfance et de l'adolescence.

Les capacités individuelles et les habiletés d'adaptation

Les aspects psychologiques comme la compétence personnelle et le sentiment d'être maître de son existence sont importants pour la santé mentale et physique. Ils déterminent la vulnérabilité aux problèmes de santé comme le cancer et les maladies cardiovasculaires et ont une incidence sur les risques de désordres mentaux et de suicide. Il est prouvé que l'acquisition des habiletés d'adaptation se fait dans les toutes premières années de l'existence et que la capacité à surmonter le stress et les circonstances difficiles dépend dans une très large mesure des expériences de la première enfance.

Facteurs génétiques et biologiques

Les bases biologiques et génétiques du corps humain constituent un déterminant de la santé fondamental. La prédisposition congénitale à certains états de santé ou à certaines maladies peut agir sur l'état de santé, selon les circonstances sociales, physiques ou environnementales. S'ajoute à cela l'exposition de la future mère, pendant sa grossesse, à des produits microbiologiques ou chimiques nuisibles pour le fœtus et la santé du bébé après sa naissance.

Services de santé et services sociaux

Les services de santé, spécialement ceux qui visent à maintenir et à promouvoir la santé, contribuent grandement à prévenir les maladies et à rétablir la santé et ses fonctions. Dans le cas des enfants, des jeunes et des familles désavantagés d'une façon quelconque, les services sociaux sont également importants afin de répondre aux besoins de base et autres nécessités inhérents à la santé, car ils assurent aux enfants un développement normal tout en réduisant les risques d'effets négatifs des jeunes désavantagés d'une façon quelconque. Les installations et les services communautaires comme les loisirs, le transport, les parcs, les écoles et les bibliothèques sont essentiels pour aider les familles à élever des enfants en santé et à les socialiser.

Culture

Certains membres de la société sont davantage exposés à des problèmes de santé en raison de leur marginalisation, de leur stigmatisation et du manque d'accès aux services adaptés à leur culture. En effet, le facteur culturel peut avoir une incidence sur la santé en général d'une population. Les enfants des nouveaux immigrants et des réfugiés, des autres groupes ethniques et des autochtones (les Premières nations, les Inuits et les Métis) subissent parfois des stress uniques qui peuvent être néfaste pour leur santé physique et mentale.

Sexe

Le sexe renvoie à toute une gamme de rôles sociaux, de traits de personnalité, d'attitudes, de comportements et de valeurs que la société attribue aux hommes ou aux femmes. Beaucoup de questions de santé comme l'alimentation, le tabagisme et les maladies sexuellement transmissibles découlent de ces rôles fondés sur le sexe, établis pour la plupart au cours de l'enfance et de l'adolescence.

Aperçu du développement des enfants

La santé ne va pas de soi. Au contraire, il faut un investissement constant et positif pour permettre aux enfants de grandir et devenir des adultes compétents capables de vivre en société. Beaucoup d'enfants souffrent, une fois adultes, d'handicaps physiques ou émotionnels qu'on a pu prévenir parce que cet investissement pour diverses raisons.

Les enfants et les jeunes sont particulièrement sensibles à leur milieu social et physique. Lorsqu'ils passent de la petite enfance à l'adolescence, ils sont exposés à toutes sortes d'influences positives et négatives. Pour devenir des adultes en santé, ils ont besoin du soutien, de l'affection, de la compréhension et de l'apport de la famille, des amis, de l'école et de la collectivité. La nature et la provenance du soutien qui leur est nécessaire varient beaucoup à chaque stade de leur développement.

On considère d'habitude le développement de l'enfant comme une suite de stades prévisibles comportant chacun des fonctions à remplir et des étapes à franchir. On s'est aperçu que la santé, plus tard et à l'âge adulte, est déterminée par les événements, les conditions et les succès des stades précédents. Les modèles dégagés ont présenté le développement comme une progression graduelle, en partant du principe que les expériences et le chemin qui mènent à l'âge adulte sont à peu près les mêmes pour tous (Rutter, 1989).

L'importance qui est attribuée aux fonctions de chacune de ces étapes différentes varie selon les modèles. Par example, Jean Piaget insiste sur la capacité intellectuelle à s'adapter au milieu, Eric Erikson conçoit le développement de la personnalité comme la résolution de conflits à chacun des stades, tandis que Robert Havighurst décrit les diverses fonctions du développement qu'il faut maîtriser à chaque stade.

Les études longitudinales offrent une définition moins rigide du développement, s'inspirant d'un modèle axé sur des cheminements. Si le développement physique, psychologique et social de chacun passe par des stades caractérisés par des changements importants, ces changements, leur signification et leurs conséquences varient selon chacun et sont personnels. Les chemins et les détours qu'emprunte un enfant au cours de sa vie et les changements qui marquent son développement varient beaucoup. Il arrive que les mauvaises expériences du passé soient compensées par d'autres plus tard dans la vie ou par un environnement ou des circonstances actuelles favorables. Un événement négatif n'a pas nécessairement toujours les mêmes conséquences. Le développement de l'enfant est moins une suite d'étapes linéaires qu'une série de chemins et de résultats innombrables.

Ce qu'il faut retenir de tous ces modèles, c'est que les effets en chaîne du développement sont communs. Le passé *se répercute* sur la santé actuelle, mais différemment selon chacun. Pour faire une différence entre la santé des enfants et ce qu'ils deviennent à l'âge adulte, il faut tenir compte de la diversité des expériences de chacun et les examiner individuellement. Nous devons chercher les liens complexes qui existent entre les causes et quelle est leur interaction, et tenter de discerner les principes généraux qui se cachent sous la diversité qui marque le passage de l'enfance à l'âge adulte.

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Les premières années

Selon des recherches récentes, la période de la préconception jusqu'à l'âge de cinq ans est plus importante qu'on ne l'eût cru (Guy, 1997, p. 6). Cette période est en effet très délicate et importante pour le développement de l'enfant, puisque c'est au cours de celle-ci que sont posées les bases physiques, mentales et sociales essentielles à la santé plus tard et que l'on acquiert les ressources dont on aura besoin dans la vie ou accumule les déficits qu'il lui faudra ensuite surmonter. Pour l'enfant, ce stade de « l'investissement » est celui au cours duquel il acquiert le langage, la capacité d'apprendre, d'affronter le stress et à établir de saines relations avec autrui, ainsi que l'estime de soi. Les conséquences peuvent avoir une origine physique : une mauvaise alimentation, par exemple, avant ou pendant la grossesse et pendant la petite enfance peut nuire gravement au développement du cerveau. Les conséquences peuvent également être d'origine sociale ou affective : la présence rassurante d'un adulte qui en prend soin, la stimulation sensorielle et des interactions sociales positives sont essentielles au bien-être futur de l'enfant (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1998).

Le développement du cerveau

Les recherches récentes sur le développement du cerveau ont renforcé la conviction voulant que les premières années de la vie soient vitales pour un développement sain et que les conséquences immédiates peuvent se faire sentir tout au long de l'existence.

À la naissance, le cerveau du bébé compte quelque 100 milliards de cellules qui, par leur interconnexion, lui permettent d'apprendre. Si l'enfant se développe normalement, son apprentissage sera normal.

Les neurones du bébé constituent peu à peu un réseau serré d'interconnexions à l'intérieur duquel chaque cellule du cerveau envoie des messages aux autres et en reçoit. Grâce à certains produits chimiques, ces messages voyagent d'une cellule à l'autre, créant des connexions. Le renforcement de ces connexions par l'activation répétée des réseaux ainsi constitués explique que, vers l'âge de deux ou trois ans, chaque neurone a établi en moyenne 15 000 connexions. C'est ce réseau qui assure à l'enfant la faculté d'adaptation nécessaire pour bien réagir à son environnement. Pour apprendre à parler, par exemple, l'enfant doit être physiologiquement prêt à maîtriser les structures du langage et la grammaire.

Les enfants conservent ces connexions neuronales jusqu'à l'âge de 10 ou 11 ans, après quoi celles qui ne sont pas stimulées régulièrement s'atrophient graduellement et meurent. Certains facteurs, comme la maladie, la toxicomanie et l'alcoolisme, nuisent au développement du cerveau de l'enfant. Les expériences sociaux sont également une étape importante du développement du cerveau, car les fonctions cérébrales dépendent grandement des expériences de l'enfant, notamment les relations avec les membres de la famille et les pairs (Nash, 1997).

Les premières années

Selon des recherches récentes, la période de la préconception jusqu'à l'âge de cinq ans est plus importante qu'on ne l'eût cru (Guy, 1997, p. 6). Cette période est en effet très délicate et importante pour le développement de l'enfant, puisque c'est au cours de celle-ci que sont posées les bases physiques, mentales et sociales essentielles à la santé plus tard et que l'on acquiert les ressources dont on aura besoin dans la vie ou accumule les déficits qu'il lui faudra ensuite surmonter. Pour l'enfant, ce stade de « l'investissement » est celui au cours duquel il acquiert le langage, la capacité d'apprendre, d'affronter le stress et à établir de saines relations avec autrui, ainsi que l'estime de soi. Les conséquences peuvent avoir une origine physique : une mauvaise alimentation, par exemple, avant ou pendant la grossesse et pendant la petite enfance peut nuire gravement au développement du cerveau. Les conséquences peuvent également être d'origine sociale ou affective : la présence rassurante d'un adulte qui en prend soin, la stimulation sensorielle et des interactions sociales positives sont essentielles au bien-être futur de l'enfant (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1998).

Le développement du cerveau

Les recherches récentes sur le développement du cerveau ont renforcé la conviction voulant que les premières années de la vie soient vitales pour un développement sain et que les conséquences immédiates peuvent se faire sentir tout au long de l'existence.

À la naissance, le cerveau du bébé compte quelque 100 milliards de cellules qui, par leur interconnexion, lui permettent d'apprendre. Si l'enfant se développe normalement, son apprentissage sera normal.

Les neurones du bébé constituent peu à peu un réseau serré d'interconnexions à l'intérieur duquel chaque cellule du cerveau envoie des messages aux autres et en reçoit. Grâce à certains produits chimiques, ces messages voyagent d'une cellule à l'autre, créant des connexions. Le renforcement de ces connexions par l'activation répétée des réseaux ainsi constitués explique que, vers l'âge de deux ou trois ans, chaque neurone a établi en moyenne 15 000 connexions. C'est ce réseau qui assure à l'enfant la faculté d'adaptation nécessaire pour bien réagir à son environnement. Pour apprendre à parler, par exemple, l'enfant doit être physiologiquement prêt à maîtriser les structures du langage et la grammaire.

Les enfants conservent ces connexions neuronales jusqu'à l'âge de 10 ou 11 ans, après quoi celles qui ne sont pas stimulées régulièrement s'atrophient graduellement et meurent. Certains facteurs, comme la maladie, la toxicomanie et l'alcoolisme, nuisent au développement du cerveau de l'enfant. Les expériences sociaux sont également une étape importante du développement du cerveau, car les fonctions cérébrales dépendent grandement des expériences de l'enfant, notamment les relations avec les membres de la famille et les pairs (Rush, 1997).

Les années intermédiaires

Au cours des années de transition (jusqu'à l'âge de 12 ans), l'enfant traverse sur le plan social, intellectuel, psychologique et émotionnel une suite rapide de changements qui contribuent à son ajustement personnel et à son acceptation sociale. À cet âge, l'établissement et la recherche de rapports sociaux sont grands et se caractérisent par l'acquisition des valeurs, l'amélioration de la capacité à résoudre les problèmes, l'acquisition d'une plus grande autonomie et l'adoption d'attitudes face à la société et de comportements envers autrui. Les changements physiques sont moins marqués à mesure que progresse le développement intellectuel. Il est alors possible de combler les lacunes du développement de la petite enfance, avec l'aide de la famille, de la communauté et de l'école (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1998, p. 8).

L'adolescence

À l'adolescence, à partir de 12 ans, l'enfant acquiert des capacités d'abstraction accrues et adopte un rôle social fondé surtout sur le sexe. Son corps évolue alors rapidement. Son développement intellectuel se poursuit pendant la puberté, puis se stabilise. L'influence des pairs est encore plus importante lorsque l'enfant acquiert le système de valeurs qui déterminera son comportement dans la société. La famille et la collectivité jouent alors un rôle important, puisque l'adolescent se prépare à prendre des responsabilités, à être adulte, à occuper un emploi, à se marier et à avoir des enfants.

Facteurs médiateurs

Comme le fait observer Rutter (1989) dans « Pathways from Childhood to Adult Life », les recherches longitudinales montrent que même si les événements et les conditions de l'enfance et de l'adolescence peuvent déclencher une réaction en chaîne d'expériences ou de choix qui influeront sur leur bien-être lorsqu'ils seront adultes, les résultats ne sont pas toujours identiques. Plusieurs facteurs semblent avoir un effet médiateur, en renforçant ou en atténuant le lien avec la réaction en chaîne possible. Ainsi, la nature du facteur déterminant n'induit pas seule ses effets, car les circonstances sont importantes aussi. En effet, la structure et le fonctionnement des neurones risquent d'être entravés pendant cette période d'intense développement, mais non par la suite. Il arrive donc que les nourrissons et les bébés ne souffrent pas d'une séparation avec leurs parents, alors que les enfants d'âge préscolaire en souffrent. Les circonstances peuvent également déterminer les réactions sociétales aux incidents, en influant sur la façon dont ils sont subis, comme dans le cas d'une grossesse à l'adolescence. Par ailleurs, un événement en soi ne suffit pas pour évaluer ses conséquences, car la façon dont il est vécu et interprété par chacun peut déterminer son incidence sur le bien-être de la personne. Une grossesse précoce non désirée, par exemple, ne se compare pas du tout à la naissance d'un enfant au sein d'un jeune couple marié et heureux.

Un processus dynamique

Les influences dans la vie d'un enfant ou d'un jeune adulte qui contribuent à sa santé et son bien-être plus tard sont riches et complexes. Les conditions biologiques (déterminées ou non par des facteurs génétiques) des enfants, leur milieu physique, social et économique, les capacités intellectuelles et sociales qu'ils acquièrent, mais aussi leur conscience et leur estime soi, leurs habitudes et leurs façons de s'adapter, ne sont que quelques-unes des forces interreliées qui contribuent à leur développement. La transition de l'enfance à l'âge adulte est un processus dynamique, caractérisé par l'interaction continue dans le temps des influences intrinsèques et extrinsèques sur le développement personnel (Rutter, 1989, p. 24).

Les enfants canadiens

Les enfants et les adolescents au Canada constituent un groupe diversifié formant presque le tiers de la population. Ils sont d'origines ethniques, religieuses et linguistiques variées, vivent dans diverses structures familiales, tant à la ville qu'à la campagne, et grandissent dans des familles d'origines sociales et de niveaux économiques différents. Le présent rapport, conformément à la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, considère toute personne de 18 ans et moins comme un enfant.

La présente section offre un aperçu de l'enfance au Canada. Elle fixe également le cadre général de la discussion (dans la partie B) portant sur les variables importantes qui influent sur la santé des enfants, et offre au lecteur de l'information essentielle sur les enfants canadiens et la façon dont ils vivent. On trouvera dans les prochains chapitres de plus amples détails sur les points suivants.

Combien y a-t-il d'enfants?

- En 1997, il y avait un peu plus de huit millions d'enfants de zéro (les nouveaux-nés) à 19 ans au Canada, dont 51,2 % de garçons et 48,8 % de filles. Les enfants de ce groupe d'âge représentaient 26,5 % de la population canadienne (Statistique Canada, 1998a). Le nombre d'enfants ne cesse de diminuer depuis 1961 (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 20). Voir la **figure 1**.

- En 1996, il y avait 280 415 enfants autochtones de moins de 15 ans au Canada. Ils représentaient 35 % des autochtones recensés cette année-là (Statistique Canada, 1998b).

- Le taux de croissance naturelle correspondait à 47 % de la croissance de la population canadienne en 1996, alors que l'immigration représentait le reste, soit 53 %. Le taux de croissance naturelle a beaucoup diminué de 1990 à 1995, passant de 7,7 à 5,7 pour 1 000 habitants (Statistique Canada, 1998c).

1 Population d'enfants et jeunes, par sexe et par âge, au Canada, en 1997

	Les deux sexes	Garçons	Filles	Les deux sexes	Garçons	Filles
	Nombre			% de la population totale		
Tous les âges	30 286 596	14 999 677	15 286 919	26,5	27,4	25,6
0–4	1 915 801	981 837	933 964	6,33	6,55	6,11
5–9	2 049 449	1 049 529	999 920	6,77	7,00	6,54
10–14	2 027 130	1 035 369	991 761	6,69	6,90	6,49
15–19	2 024 088	1 037 276	986 812	6,68	6,92	6,46

Source : Adapté du site internet de Statistique Canada : http://www.statcan.ca

Où vivent-ils?

- La proportion d'enfants de zéro à 14 ans par rapport à l'ensemble de la population varie selon la province ou le territoire. Au Québec, elle est d'à peine 19 % contre 32 % dans les Territoires du Nord-Ouest (Statistique Canada, 1998a). Voir la **figure 2**.

- La majorité de la population canadienne est urbaine, mais elle varie considérablement en fonction des régions du pays. En 1996, plus de la moitié de la population des Territoires du Nord-Ouest, de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nouveau-Brunswick vivait en milieu rural, alors que ce n'était le cas, respectivement, que de 17 % et 18 % de celle de l'Ontario et de la Colombie-Britannique (Statistique Canada, 1997a, p. 183). Voir la **figure 3.**

- En 1996, 6 Indiens de plein droit sur 10 vivaient dans une réserve, au lieu de 7 sur 10 en 1982, et cette tendance devrait se maintenir. Voir la **figure 4.** Dans l'ensemble, la population d'Indiens de plein droit devrait augmenter de 2,1 % par année au cours des cinq prochaines années comparativement à 1,2 %, selon les prévisions, pour la population canadienne (MAINC, 1998, p. 4–5).

2 Proportion d'enfants de 0 à 14 ans, par groupe d'âges et par province ou territoire, en 1997

Source : Adapté du site internet de Statistique Canada : http://www.statcan.ca

1 **Population d'enfants et jeunes, par sexe et par âge, au Canada, en 1997**

	Les deux sexes	Garçons	Filles	Les deux sexes	Garçons	Filles
	Nombre			% de la population totale		
Toutes les âges	**30 286 596**	**14 999 677**	**15 286 919**	**26,5**	**27,4**	**25,6**
0–4	1 915 801	981 837	933 964	6,33	6,55	6,11
5–9	2 049 449	1 049 529	999 920	6,77	7,00	6,54
10–14	2 027 130	1 035 369	991 761	6,69	6,90	6,49
15–19	2 024 088	1 037 276	986 812	6,68	6,92	6,46

Source : Adapté du site internet de Statistique Canada : http://www.statcan.ca

Où vivent-ils?

- La proportion d'enfants de zéro à 14 ans par rapport à l'ensemble de la population varie selon la province ou le territoire. Au Québec, elle est d'à peine 19 % contre 32 % dans les Territoires du Nord-Ouest (Statistique Canada, 1998a). Voir la **figure 2**.

- La majorité de la population canadienne est urbaine, mais elle varie considérablement en fonction des régions du pays. En 1996, plus de la moitié de la population des Territoires du Nord-Ouest, de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nouveau-Brunswick vivait en milieu rural, alors que ce n'était le cas, respectivement, que de 17 % et 18 % de celle de l'Ontario et de la Colombie-Britannique (Statistique Canada, 1997a, p. 183). Voir la **figure 3.**

- En 1996, 6 Indiens de plein droit sur 10 vivaient dans une réserve, au lieu de 7 sur 10 en 1982, et cette tendance devrait se maintenir. Voir la **figure 4.** Dans l'ensemble, la population d'Indiens de plein droit devrait augmenter de 2,1 % par année au cours des cinq prochaines années comparativement à 1,2 %, selon les prévisions, pour la population canadienne (MAINC, 1998, p. 4–5).

2 **Proportion d'enfants de 0 à 14 ans, par groupe d'âges et par province ou territoire, en 1997**

Source : Adapté du site internet de Statistique Canada : http://www.statcan.ca

À quoi ressemblent les familles?

- En 1996, les familles dont les conjoints vivaient ensemble comptaient en moyenne trois personnes, contre 2,5 personnes dans le cas de celles où le conjoint était seul (Statistique Canada, 1998a).

- En 1996, 73 % des enfants vivaient dans des familles fondées par des couples mariés, au lieu de 78 % en 1991 (Statistique Canada, 1997b). Voir la **figure 5**.

- La proportion d'enfants vivant dans des familles fondées par des conjoints de fait est à la hausse. En 1996, 8 % des enfants vivaient dans ce type de familles, soit une augmentation de 52 % par rapport à 1991 (Statistique Canada, 1997b). Voir la **figure 5**.

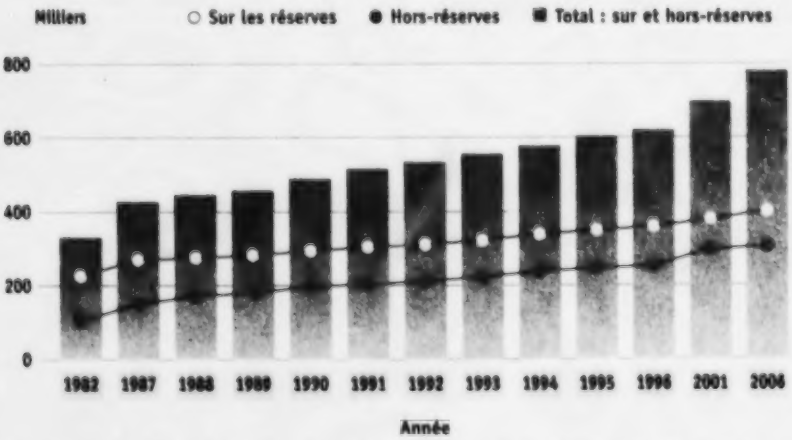
- Près d'un enfant sur cinq au Canada vivait avec un parent seul en 1996, par rapport à un sur six en 1991; 84 % d'entre eux vivaient avec une femme seule (Statistique Canada, 1997b).

3 Proportion de la population vivant en milieu urbain et rural, par province ou territoire, en 1996

Province/territoire	Urbain (%)	Rural (%)
Canada	77,9	22,1
Colombie-Britannique	82,1	17,9
Alberta	79,5	20,5
Saskatchewan	63,3	36,7
Manitoba	71,8	28,2
Ontario	83,3	16,7
Québec	78,4	21,6
Nouveau-Brunswick	48,8	51,2
Île-du-Prince-Édouard	44,2	55,8
Nouvelle-Écosse	54,8	45,2
Terre-Neuve	56,9	43,1
Yukon	60,0	40,0
Territoires du Nord-Ouest	42,5	57,5

Source : Adapté de Statistique Canada (1997). *Chiffres de population et des logements — Un aperçu national*, n° de catalogue : 93-357-XPB. Ottawa, Statistique Canada.

4 Croissance actuelle et prévue de la population d'Indiens de plein droit vivant à l'intérieur et à l'extérieur des réserves, au Canada, de 1982 à 2006



Source : Ministère des Affaires indiennes et du Nord (1998). *Données ministérielles de base 1997*. QS3575-000-BB-A1, n° de catalogue R12-7/1997. Ottawa: MAINC, p. 4.

À quoi ressemblent les familles?

- En 1996, les familles dont les conjoints vivaient ensemble comptaient en moyenne trois personnes, contre 2,5 personnes dans le cas de celles où le conjoint était seul (Statistique Canada, 1998a).

- En 1996, 73 % des enfants vivaient dans des familles fondées par des couples mariés, au lieu de 78 % en 1991 (Statistique Canada, 1997b). Voir la **figure 5**.

- La proportion d'enfants vivant dans des familles fondées par des conjoints de fait est à la hausse. En 1996, 8 % des enfants vivaient dans ce type de familles, soit une augmentation de 52 % par rapport à 1991 (Statistique Canada, 1997b). Voir la **figure 5**.

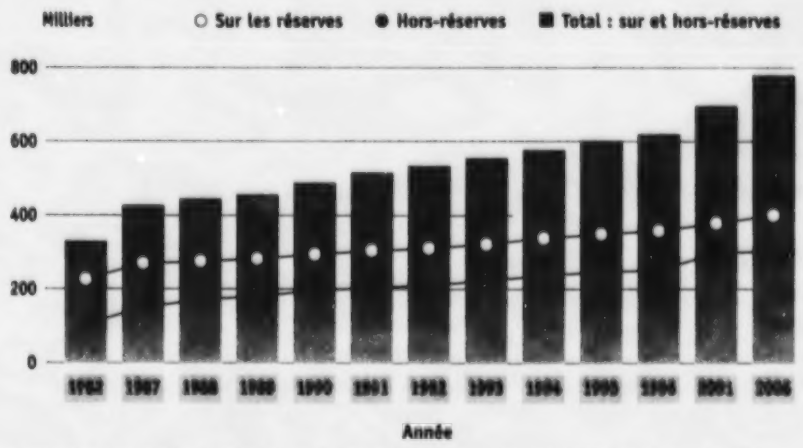
- Près d'un enfant sur cinq au Canada vivait avec un parent seul en 1996, par rapport à un sur six en 1991; 84 % d'entre eux vivaient avec une femme seule (Statistique Canada, 1997b).

3 Proportion de la population vivant en milieu urbain et rural, par province ou territoire, en 1996

Province/territoire	Urbain (%)	Rural (%)
Canada	77,9	22,1
Colombie-Britannique	82,1	17,9
Alberta	79,5	20,5
Saskatchewan	63,3	36,7
Manitoba	71,8	28,2
Ontario	83,3	16,7
Québec	78,4	21,6
Nouveau-Brunswick	48,8	51,2
Île-du-Prince-Édouard	44,2	55,8
Nouvelle-Écosse	54,8	45,2
Terre-Neuve	56,9	43,1
Yukon	60,0	40,0
Territoires du Nord-Ouest	42,5	57,5

Source : Adapté de Statistique Canada (1997). *Chiffres de population et des logements — Un aperçu national*, n° de catalogue : 93-357-XPB. Ottawa, Statistique Canada.

4 Croissance actuelle et prévue de la population d'Indiens de plein droit vivant à l'intérieur et à l'extérieur des réserves, au Canada, de 1982 à 2006



Source : Ministère des Affaires indiennes et du Nord (1998). *Données ministérielles de base 1997*. QS3575-000-BB-A1, n° de catalogue R12-7/1997. Ottawa: MAINC, p. 4.

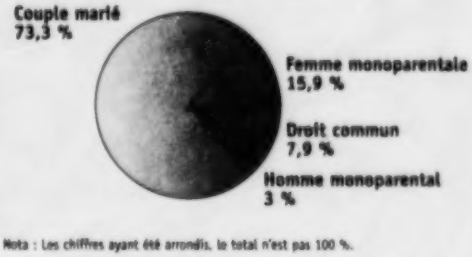
Combien d'enfants vivent dans la pauvreté?

- En 1996, 20,9 % des moins de 18 ans vivaient sous le seuil de faible revenu fixé par Statistique Canada, comparativement à 14,9 % en 1980 (Conseil national du bien-être social, 1998, p. 13).

- En 1994–1995, plus d'un quart (25,7 %) des enfants canadiens vivaient dans des familles ayant un revenu inférieur à 30 000 $ par année, 41,6 % dans des familles ayant un revenu se situant entre 30 000 $ et 60 000 $ par année, et près d'un tiers (32,8 %) dans des familles à revenu élevé, soit 60 000 $ et plus par année (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 37).

- Bien qu'on ne connaisse pas le taux exact de pauvreté des enfants autochtones, certaines autorités considèrent que beaucoup d'entre eux vivent dans des conditions comparables à celles du Tiers-Monde (ICSI, 1994, p. 140).

5 Proportion d'enfants, selon une selection de structures familiales, au Canada, en 1996



Nota : Les chiffres ayant été arrondis, le total n'est pas 100 %.

Source : Adapté de Statistique Canada (1997). *Le Quotidien*, 14 octobre 1997, n° de catalogue : 11-001.

Quel est leur état de santé?

- Près de 10 % des enfants couverts par l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) de 1996 sont nés prématurément (avant 259 jours de gestation) (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 23).

- En 1996, 5,8 % des bébés avaient un poids insuffisant à la naissance (moins de 2 500 grammes), une diminution par rapport aux 5,9 % de l'année précédente (Statistique Canada, 1998d).

- En 1998, l'espérance de vie à la naissance de la population canadienne en générale était de 81 ans pour les femmes et de 75 ans pour les hommes (Santé Canada, 1998). Les statistiques les plus récentes (1995) concernant les Premières nations indiquent une espérance de vie de 76,2 ans pour les femmes et de 69,1 pour les hommes (Santé Canada, 1996a).

- En 1996, le taux de mortalité infantile était de 5,6 décès pour 1 000 naissances vivantes, une diminution par rapport à celui de 6,1 pour 1 000 en 1995 (Statistique Canada, 1998d). Les données les plus récentes sur les Premières nations indiquent un taux de mortalité infantile supérieur croissant : 12 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1994, contre 10,9 pour 1 000 en 1993 (Santé Canada, 1996a).

Références

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Création d'une stratégie nationale pour le développement sain des enfants*, n° de catalogue : H39-424/1998F, Ottawa, Santé Canada, 1998.

Conseil national du bien-être social. *Profil de la pauvreté 1996*, Ottawa, Conseil national du bien-être social, 1998.

Erickson, E.H. *Childhood and Society*, 2e édition, New York : W.W. Norton. Cité par M. Rutter, « Pathways from Childhood to Adult Life. » *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 30, 1989, p. 23–51.

Guy, K.A. (dir). *Notre promesse aux enfants*. Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1997.

Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI*, 2e édition. Ottawa, Institut canadien au la santé infantile, 1994.

Ministères des Affaires indiennes et du Nord. *Données ministérielles de base 1997*. QS-3575-000-BB-A1, n° de catalogue : R12-7/1997, Ottawa : Ministère des Affaires indiennes et du Nord, 1998.

Nash, J.M. « Fertile Minds », *Time*, vol. 149(5) (février 1997), p. 45–54.

Ross, D.P., K. Scott et M.A. Kelly. « Aperçu : Les enfants du Canada durant les années 90 », dans *Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 17–52.

Rutter, M. « Pathways from Childhood to Adult Life », *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 30, 1989, p. 23–51.

Santé Canada. Bibliothèque d'information sur la santé des Indiens, base de données électroniques, Ottawa, Direction générale des services médicaux, Santé Canada, 1996a.

Santé Canada. *Pour une compréhension commune : Une clarification des concepts clés de la santé de la population — Un document de travail*, n° de catalogue : H39-391/1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996b.

Santé Canada. Site internet de Santé Canada : http://www.hc-sc.gc.ca, 1998.

Statistique Canada. *Aperçu national : Chiffres de population et des logements*, n° de catalogue : 93-357-XPB, Ottawa, Statistique Canada, 1997a.

Statistique Canada. *Le Quotidien*, 14 octobre 1997b.

Statistique Canada. Site internet de Statistique Canada : http://www.statcan.ca, 1998a.

Statistique Canada. *Le Quotidien*, 13 janvier 1998b.

Statistique Canada. *Le Quotidien*, 24 juin 1998c.

Statistique Canada. *Le Quotidien*, 8 juillet 1998d.

Examen des déterminants

...n des déterminants de la santé et de leur relation... sain... enfant. Les conditions actuelles et les tendances liées à ces d...minants sont également abordées.

Chapitre

1

Le revenu et le statut social

Aperçu

Un statut socioéconomique élevé est associé à une meilleure santé. Le revenu et le statut social constituent en fait, les déterminants les plus importants de la santé. Les gens de chaque catégorie de revenu sont en meilleure santé et vivent plus longtemps que ceux de la catégorie inférieure. De plus, les pays où la répartition des revenus est plus uniforme ont une population en meilleure santé pour ce qui est de l'espérance de vie, de la qualité de vie et du taux de mortalité.

Outre qu'il permet de répondre aux besoins de base, un revenu supérieur offre plus de choix et donne le sentiment d'être maître de ses décisions. Ce sentiment de maîtrise est à la base de la santé.

Le revenu familial a une incidence sur ce que seront les enfants, car ces derniers dépendent de leurs parents (ou de ceux qui en ont la garde) pour se nourrir, se loger, se vêtir, se divertir et avoir des activités sociales. Un bas revenu peut nuire à la santé physique, mentale et intellectuelle, à la socialisation et au rendement scolaire des enfants.

Bien que le revenu familial moyen ait été relativement stable au cours des années 1990, les familles à faible revenu ont subi une baisse de revenu, alors que les familles à revenu élevé ont vu le leur augmenter. Cette baisse de revenu est survenue particulièrement dans les familles monoparentales dirigées par une femme.

La plupart des enfants au Canada ont accès à une alimentation satisfaisante et vivent dans un logement convenable. Toutefois, en 1995, près d'un million d'enfants ont reçu de la nourriture des banques d'alimentation.

Bien que la relation de cause à effet entre le revenu et la santé soit encore mal comprise, il est généralement admis que l'augmentation du revenu familial est un élément crucial pour améliorer la santé des enfants.

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Rapport avec le développement sain des enfants

Le revenu touche tous les aspects de la santé des enfants.

Le statut socioéconomique détermine non seulement comment seront les enfants au cours de la période préscolaire, mais il semble aussi conditionner leur santé et leur bien-être pour le restant de leur vie (Bertrand, 1998, p. 6).

Le statut socioéconomique des enfants, déterminé par le revenu, l'occupation et l'éducation des parents (les deux derniers points font l'objet d'autres chapitres du présent rapport), a une forte influence sur leur développement. Ainsi, le taux de mortalité infantile et celui des enfants ayant un poids insuffisant à la naissance est inversement proportionnel au niveau de revenu (ICSI, 1994, p. 123).

Il existe une étroite corrélation entre la pauvreté et le risque accru de maladie. Les effets néfastes de la pauvreté chez les enfants sont clairs et se traduisent par toutes sortes de répercussions chez l'enfant. Les enfants pauvres courent un plus grand risque de mourir, d'être hospitalisés et d'être atteints d'un handicap. Ils semblent être plus portés à éprouver des problèmes de santé mentale (ICSI, 1994, p. 113) et à mourir par suite de blessures que les enfants plus riches (Wilkins, Adams et Brancker, 1994, cités dans ICSI, 1994, p. 122).

Conditions et tendances

Le rapport existant entre le statut socioéconomique et la santé a fait l'objet d'importantes recherches au Canada et à l'étranger. Nous examinons, dans la présente section, trois questions importantes : le revenu familial, la pauvreté des enfants et des familles ainsi que la sécurité de l'alimentation et du logement.

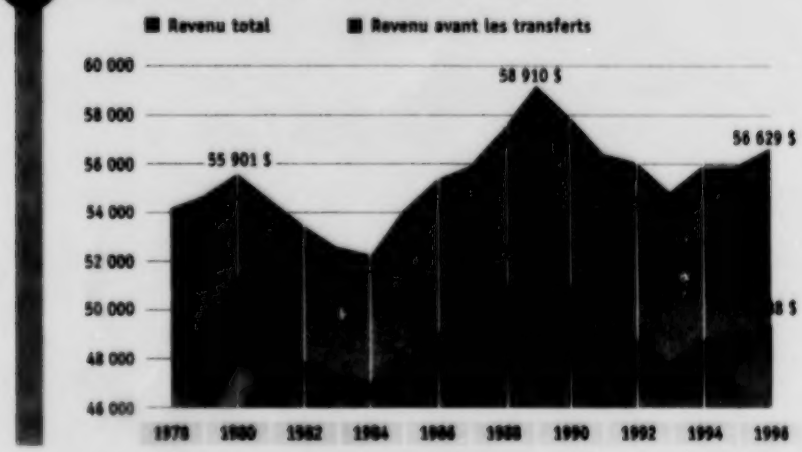
Le revenu familial

Au Canada, la famille moyenne a besoin de l'équivalent de 77 semaines de travail pour couvrir ses dépenses annuelles essentielles, ce qui signifie qu'elle a besoin, en général, de deux revenus (Institut Vanier de la famille, 1998, p. 25).

Le revenu familial moyen a été relativement stable au cours des années 1990. Le revenu de 56 629 $ pour 1996 témoigne d'une augmentation de 1 500 $ par rapport à 1993. Toutefois, même si le revenu moyen a peu changé, entre 1995 et 1996 le revenu moyen des familles à faible revenu a diminué de 3 %, alors que celui

Le faible revenu

1.1 Revenu familial moyen au Canada, de 1978 à 1996



Source : Adapté de Statistique Canada (1997). *Le Quotidien*, n° de catalogue : 11-001, 22 décembre 1997.

des familles à revenu élevé a augmenté de près de 2 %. À long terme, le revenu familial moyen a baissé de 2 300 $ (3,9 %) depuis 1989 (Statistique Canada, 1997a). Voir la **figure 1.1**.

En général, les changements liés au revenu familial sont attribuables à la situation du marché du travail, puisque près de 80 % des familles tirent leur revenu d'un emploi. Selon l'Enquête sur la population active au Canada, le volume de l'emploi s'est accru de seulement 1,3 % en 1996, comparativement à 2,1 % en 1994, année au cours de laquelle le revenu familial a le plus augmenté (Statistique Canada, 1997a).

Les transferts gouvernementaux sont à la baisse.

Les transferts gouvernementaux ont diminué en 1996, notamment les versements de prestations d'assurance-emploi et de sécurité sociale (Statistique Canada, 1997a). Or ces transferts sont une importante source de revenu (Institut Vanier de la famille, 1998, p. 47). L'année 1996 constituait donc la troisième année d'affilée où la proportion du revenu familial venant des transferts avait diminué. En 1996, ceux-ci représentaient 11,7 % du revenu total, taux plus bas que le sommet de 12,9 % enregistré en 1993. En 1996, 20 % des Canadiens à faible revenu tiraient 59 % de leur revenu des transferts gouvernementaux (Statistique Canada, 1997a).

Ce qu'il en coûte pour élever un enfant

Le ministère de l'Agriculture du Manitoba évalue chaque année les coûts de base nécessaires pour élever un enfant. En 1998, il a déterminé qu'il fallait dépenser en tout 159 376 $ pour élever un enfant jusqu'à l'âge de 18 ans (Agriculture Manitoba, 1998, cité dans CCBE, 1998, p. 11). Voir la figure 1.2.

Rapport avec le développement sain des enfants

Le revenu touche tous les aspects de la santé des enfants.

Le statut socioéconomique détermine non seulement comment seront les enfants au cours de la période préscolaire, mais il semble aussi conditionner leur santé et leur bien-être pour le restant de leur vie (Bertrand, 1998, p. 6).

Le statut socioéconomique des enfants, déterminé par le revenu, l'occupation et l'éducation des parents (les deux derniers points font l'objet d'autres chapitres du présent rapport), a une forte influence sur leur développement. Ainsi, le taux de mortalité infantile et celui des enfants ayant un poids insuffisant à la naissance est inversement proportionnel au niveau de revenu (ICSI, 1994, p. 123).

Il existe une étroite corrélation entre la pauvreté et le risque accru de maladie. Les effets néfastes de la pauvreté chez les enfants sont clairs et se traduisent par toutes sortes de répercussions chez l'enfant. Les enfants pauvres courent un plus grand risque de mourir, d'être hospitalisés et d'être atteints d'un handicap. Ils semblent être plus portés à éprouver des problèmes de santé mentale (ICSI, 1994, p. 113) et à mourir par suite de blessures que les enfants plus riches (Wilkins, Adams et Brancker, 1994, cités dans ICSI, 1994, p. 122).

Conditions et tendances

Le rapport existant entre le statut socioéconomique et la santé a fait l'objet d'importantes recherches au Canada et à l'étranger. Nous examinons, dans la présente section, trois questions importantes : le revenu familial, la pauvreté des enfants et des familles ainsi que la sécurité de l'alimentation et du logement.

Le revenu familial

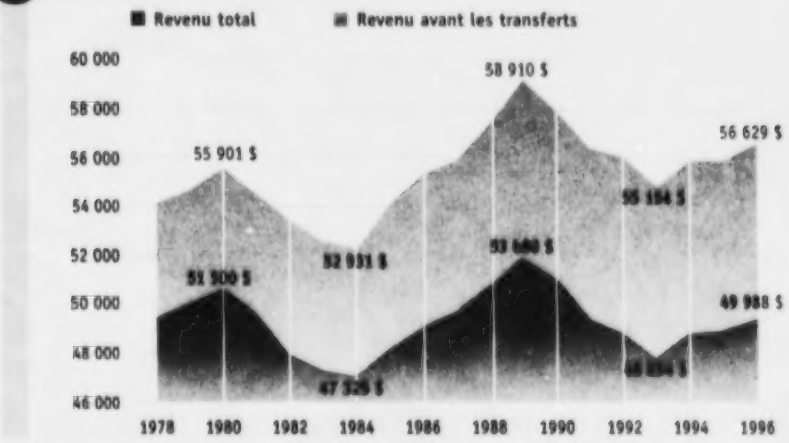
Au Canada, la famille moyenne a besoin de l'équivalent de 77 semaines de travail pour couvrir ses dépenses annuelles essentielles, ce qui signifie qu'elle a besoin, en général, de deux revenus (Institut Vanier de la famille, 1998, p. 25).

Le revenu familial moyen a été relativement stable au cours des années 1990. Le revenu de 56 629 $ pour 1996 témoigne d'une augmentation de 1 500 $ par rapport à 1993. Toutefois, même si le revenu moyen a peu changé, entre 1995 et 1996 le revenu moyen des familles à faible revenu a diminué de 3 %, alors que celui

Le faible revenu

Les estimations du nombre de familles à faible revenu sont fondées sur les seuils de faible revenu de Statistique Canada (chiffres de 1992). Les familles atteignent un seuil de faible revenu lorsqu'elles consacrent plus de 55 % de leur revenu à la nourriture, au logement et aux vêtements; on considère alors qu'elles vivent dans la gêne. Même si ces seuils sont souvent appelés « seuils de la pauvreté », Statistique Canada ne les considère pas comme tels.

1.1 Revenu familial moyen au Canada, de 1978 à 1996



Source : Adapté de Statistique Canada (1997). *Le Quotidien*, n° de catalogue : 11-001, 22 décembre 1997.

des familles à revenu élevé a augmenté de près de 2 %. À long terme, le revenu familial moyen a baissé de 2 300 $ (3,9 %) depuis 1989 (Statistique Canada, 1997a). Voir la **figure 1.1**.

En général, les changements liés au revenu familial sont attribuables à la situation du marché du travail, puisque près de 80 % des familles tirent leur revenu d'un emploi. Selon l'Enquête sur la population active au Canada, le volume de l'emploi s'est accru de seulement 1,3 % en 1996, comparativement à 2,1 % en 1994, année au cours de laquelle le revenu familial a le plus augmenté (Statistique Canada, 1997a).

Les transferts gouvernementaux sont à la baisse.

Les transferts gouvernementaux ont diminué en 1996, notamment les versements de prestations d'assurance-emploi et de sécurité sociale (Statistique Canada, 1997a). Or ces transferts sont une importante source de revenu (Institut Vanier de la famille, 1998, p. 47). L'année 1996 constituait donc la troisième année d'affilée où la proportion du revenu familial venant des transferts avait diminué. En 1996, ceux-ci représentaient 11,7 % du revenu total, taux plus bas que le sommet de 12,9 % enregistré en 1993. En 1996, 20 % des Canadiens à faible revenu tiraient 59 % de leur revenu des transferts gouvernementaux (Statistique Canada, 1997a).

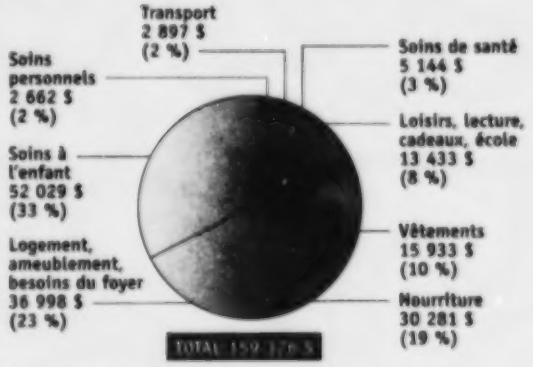
Ce qu'il en coûte pour élever un enfant

Le ministère de l'Agriculture du Manitoba évalue chaque année les coûts de base nécessaires pour élever un enfant. En 1998, il a déterminé qu'il fallait dépenser en tout 159 376 $ pour élever un enfant jusqu'à l'âge de 18 ans (Agriculture Manitoba, 1998, cité dans CCDS, 1998, p. 19). Voir la figure 1.2.

La pauvreté des enfants et des familles

Le pourcentage d'enfants pauvres (en utilisant le seuil de faible revenu pour mesurer la pauvreté) témoigne de la pauvreté des parents et tend à augmenter ou à diminuer selon que l'économie s'améliore ou se détériore. Les familles à faible revenu ont un revenu bien inférieur à la moyenne. En 1991, le revenu moyen des couples à faible revenu ayant des enfants de moins de 18 ans était de 18 800 $, soit 32 % des 58 761 $ que gagnent en moyenne les couples ayant des enfants dans cette tranche d'âge, et cette proportion avait peu changé cinq années plus tard. En 1996, le revenu moyen des couples à faible revenu ayant des enfants était de 19 915 $, soit plus de 30 % du revenu moyen de 63 981 $ des couples ayant des enfants (Statistique Canada, 1998a).

1.2 Ce que coûte un enfant jusqu'à l'âge de 18 ans, par type de dépenses, au Canada, en 1998



Nota : Montants en dollars courants de 1998.

Source : Préparé par le Conseil canadien de développement social au moyen de données du ministère de l'agriculture du Manitoba publiées dans *Family Finance: The Cost of Raising a Child: 1998*. Dans Conseil canadien de développement social (1998), *Le progrès des enfants au Canada 1998*, Ottawa, CCDS, p. 19.

Le degré de pauvreté des familles monoparentales dont le chef est en âge de travailler a diminué. En 1980, l'écart moyen entre les revenus au seuil de la pauvreté et le revenu moyen des parents seuls en âge de travailler était de 10 284 $, mais de seulement 9 604 $ en 1996. Dans le cas des familles biparentales dont les conjoints sont en âge de travailler, l'écart s'est légèrement creusé au cours de cette période, passant de 8 474 $ à 8 866 $ (Conseil national du bien-être social, 1998, p. 56). Les avantages liés à la réduction du risque de pauvreté des enfants ont été amplement annulés par l'augmentation de la proportion d'enfants de moins de sept ans appartenant à des familles monoparentales. En 1975, 8,7 % des enfants vivaient dans ce type de famille, alors qu'en 1992 il y en avait près d'un million (14,7 %) (DRHC, 1996, p. 2).

Le taux de grande pauvreté est élevé.

Au cours de la même période (de 1975 à 1992), le taux de grande pauvreté des enfants de moins de 18 ans n'a presque pas diminué cependant. (Le présent rapport fixe le seuil de la grande pauvreté à 75 % du seuil de faible revenu de 1986.) De fait, cette période a connu une augmentation de 1,6 % du taux de grande pauvreté des jeunes enfants (les moins de sept ans). Le taux de grande pauvreté parmi les enfants des familles monoparentales a beaucoup diminué, certes, au cours de ces 18 années (passant de 51,3 % à 41,6 %), mais il est encore très élevé (Zyblock, 1996, p. 15–16).

1.3 Proportion du revenu provenant des transferts gouvernementaux aux familles pauvres, par type de famille, au Canada, en 1975 et en 1992

Type de famille	1975	1992
Parent seul, enfants < 18	59,7	71,3
Parent seul, enfants < 7	63,3	78,9
Deux parents, enfants < 18	26,7	42,9
Deux parents, enfants < 7	24,6	47,7

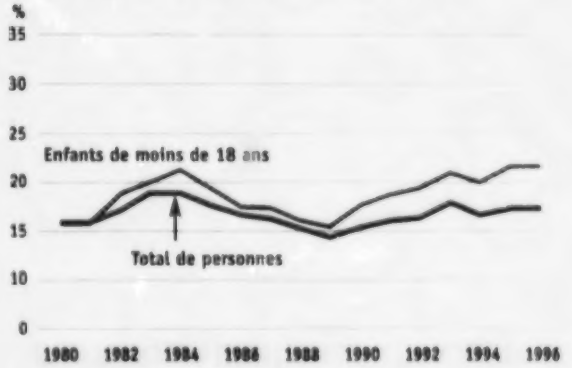
Source : M. Zyblock. *La pauvreté des enfants au Canada : examen des tendances de la profondeur et de l'incidence du point de vue du revenu monétaire total, de 1975 à 1992*, n° au catalogue : W-96-1F, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, Recherche appliquée, 1996, p. 22. Reproduit avec la permission du ministre de Développement des ressources humaines Canada, 1999.

Parmi les Canadiens qui se disent Autochtones (les Premières nations, les Inuits et les Métis), 54 % ont répondu avoir gagné moins de 10 000 $ en 1991, comparativement à 35 % de l'ensemble des adultes canadiens (Statistique Canada, 1993, p. xiv).

Les transferts gouvernementaux ont grandement contribué à réduire l'écart de pauvreté (entre le revenu moyen et le seuil de la pauvreté) de toutes les familles, spécialement des familles monoparentales (Zyblock, 1996, p. 22). Voir la **figure 1.3**.

La réduction générale des paiements de transfert gouvernementaux touche particulièrement les familles à faible revenu, car plus de la moitié de leur revenu (59 % en 1996) provenait de cette source. Dans l'ensemble, le revenu moyen de ces familles a chuté de 3 % en 1996, en raison d'une diminution de leurs gains et des paiements de transfert. Les familles monoparentales à faible revenu dirigées par une femme représentent le quart des familles de ce groupe (Statistique Canada, 1997a).

1.4 Proportion d'enfants appartenant à des familles à faible revenu[a] au Canada, de 1978 à 1996



a. Sous les seuils de faible revenu (SFR) de Statistique Canada.

Source : Adapté de Statistique Canada (1997). *Le Quotidien*, n° de catalogue : 11-001, 22 décembre 1997.

Le nombre d'enfants pauvres est à la hausse.

Le nombre d'enfants pauvres augmente; il est passé de 1,1 million en 1994 à 1,5 million en 1996 (Conseil national du bien-être social, 1998, p. 13). Autrement dit, la proportion d'enfants de famille à faible revenu était de 21,1 % en 1996 et a peu changé par rapport à 1995 (21 %), mais elle était encore bien supérieure aux 15,3 % de 1989. Les chiffres de 1996 sont en réalité de 47 % supérieurs à ceux de 1989 (voir la **figure 1.4**). Au cours de la même période,le nombre total des enfants a augmenté de 7 % (Statistique Canada, 1997a).

Les « jeunes » familles sont durement touchées.

De 1986 à 1996, la proportion de « jeunes » familles à faible revenu (celles dont le chef a entre 25 et 34 ans) est passée de 16,0 à 21,2 %, tandis que la proportion de familles plus âgées (celles dont le chef a plus de 34 ans) a augmenté plus lentement et est restée relativement stable (Statistique Canada, 1997b, p. 182–183).

1.5 Répartition des enfants pauvres[a] de 0 à 11 ans, par type de famille, au Canada, en 1994–1995

Type de famille	Pauvre[a] (%)	Non pauvre (%)
Famille biparentale	16,5	83,5
Famille monoparentale	68,0	32,0
Femme monoparentale	70,9	29,1
Homme monoparental	30,7[b]	69,3

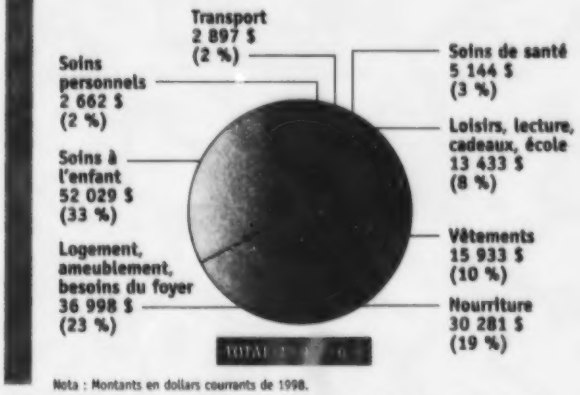
a. La pauvreté est mesurée selon les seuils de faible revenu de Statistique Canada.
b. Estimé moins fiable à cause de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source : Adapté de D.P. Ross, K. Scott et M.A. Kelly (1996). « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, N° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, p. 40.

La pauvreté des enfants et des familles

Le pourcentage d'enfants pauvres (en utilisant le seuil de faible revenu pour mesurer la pauvreté) témoigne de la pauvreté des parents et tend à augmenter ou à diminuer selon que l'économie s'améliore ou se détériore. Les familles à faible revenu ont un revenu bien inférieur à la moyenne. En 1991, le revenu moyen des couples à faible revenu ayant des enfants de moins de 18 ans était de 18 800 $, soit 32 % des 58 761 $ que gagnent en moyenne les couples ayant des enfants dans cette tranche d'âge, et cette proportion avait peu changé cinq années plus tard. En 1996, le revenu moyen des couples à faible revenu ayant des enfants était de 19 915 $, soit plus de 30 % du revenu moyen de 63 981 $ des couples ayant des enfants (Statistique Canada, 1998a).

1.2 Ce que coûte un enfant jusqu'à l'âge de 18 ans, par type de dépenses, au Canada, en 1998



Nota : Montants en dollars courants de 1998.

Source : Préparé par le Conseil canadien de développement social au moyen de données du ministère de l'agriculture du Manitoba publiées dans *Family Finance: The Cost of Raising a Child: 1998*. Dans Conseil canadien de développement social (1998), *Le progrès des enfants au Canada 1998*, Ottawa, CCDS, p. 19.

Le degré de pauvreté des familles monoparentales dont le chef est en âge de travailler a diminué. En 1980, l'écart moyen entre les revenus au seuil de la pauvreté et le revenu moyen des parents seuls en âge de travailler était de 10 284 $, mais de seulement 9 604 $ en 1996. Dans le cas des familles biparentales dont les conjoints sont en âge de travailler, l'écart s'est légèrement creusé au cours de cette période, passant de 8 474 $ à 8 866 $ (Conseil national du bien-être social, 1998, p. 56). Les avantages liés à la réduction du risque de pauvreté des enfants ont été amplement annulés par l'augmentation de la proportion d'enfants de moins de sept ans appartenant à des familles monoparentales. En 1975, 8,7 % des enfants vivaient dans ce type de famille, alors qu'en 1992 il y en avait près d'un million (14,7 %) (DRHC, 1996, p. 2).

Le taux de grande pauvreté est élevé.

Au cours de la même période (de 1975 à 1992), le taux de grande pauvreté des enfants de moins de 18 ans n'a presque pas diminué cependant. (Le présent rapport fixe le seuil de la grande pauvreté à 75 % du seuil de faible revenu de 1986.) De fait, cette période a connu une augmentation de 1,6 % du taux de grande pauvreté des jeunes enfants (les moins de sept ans). Le taux de grande pauvreté parmi les enfants des familles monoparentales a beaucoup diminué, certes, au cours de ces 18 années (passant de 51,3 % à 41,6 %), mais il est encore très élevé (Zyblock, 1996, p. 15–16).

1.3 Proportion du revenu provenant des transferts gouvernementaux aux familles pauvres, par type de famille, au Canada, en 1975 et en 1992

Type de famille	1975	1992
Parent seul, enfants < 18	59,7	71,3
Parent seul, enfants < 7	63,3	78,9
Deux parents, enfants < 18	26,7	42,9
Deux parents, enfants < 7	24,6	47,7

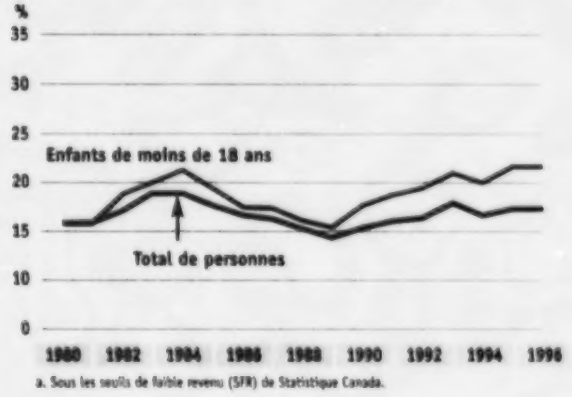
Source : M. Zyblock. *La pauvreté des enfants au Canada : examen des tendances de la profondeur et de l'incidence du point de vue du revenu monétaire total, de 1975 à 1992*, n° au catalogue : W-96-1F, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, Recherche appliquée, 1996, p. 22. Reproduit avec la permission du ministre de Développement des ressources humaines Canada, 1999.

Parmi les Canadiens qui se disent Autochtones (les Premières nations, les Inuits et les Métis), 54 % ont répondu avoir gagné moins de 10 000 $ en 1991, comparativement à 35 % de l'ensemble des adultes canadiens (Statistique Canada, 1993, p. xiv).

Les transferts gouvernementaux ont grandement contribué à réduire l'écart de pauvreté (entre le revenu moyen et le seuil de la pauvreté) de toutes les familles, spécialement des familles monoparentales (Zyblock, 1996, p. 22). Voir la **figure 1.3**.

La réduction générale des paiements de transfert gouvernementaux touche particulièrement les familles à faible revenu, car plus de la moitié de leur revenu (59 % en 1996) provenait de cette source. Dans l'ensemble, le revenu moyen de ces familles a chuté de 3 % en 1996, en raison d'une diminution de leurs gains et des paiements de transfert. Les familles monoparentales à faible revenu dirigées par une femme représentent le quart des familles de ce groupe (Statistique Canada, 1997a).

1.4 Proportion d'enfants appartenant à des familles à faible revenu[a] au Canada, de 1978 à 1996



a. Sous les seuils de faible revenu (SFR) de Statistique Canada.

Source : Adapté de Statistique Canada (1997). *Le Quotidien*, n° de catalogue : 11-001, 22 décembre 1997.

Le nombre d'enfants pauvres est à la hausse.

Le nombre d'enfants pauvres augmente; il est passé de 1,1 million en 1994 à 1,5 million en 1996 (Conseil national du bien-être social, 1998, p. 13). Autrement dit, la proportion d'enfants de famille à faible revenu était de 21,1 % en 1996 et a peu changé par rapport à 1995 (21 %), mais elle était encore bien supérieure aux 15,3 % de 1989. Les chiffres de 1996 sont en réalité de 47 % supérieurs à ceux de 1989 (voir la **figure 1.4**). Au cours de la même période,le nombre total des enfants a augmenté de 7 % (Statistique Canada, 1997a).

Les « jeunes » familles sont durement touchées.

De 1986 à 1996, la proportion de « jeunes » familles à faible revenu (celles dont le chef a entre 25 et 34 ans) est passée de 16,0 à 21,2 %, tandis que la proportion de familles plus âgées (celles dont le chef a plus de 34 ans) a augmenté plus lentement et est restée relativement stable (Statistique Canada, 1997b, p. 182–183).

1.5 Répartition des enfants pauvres[a] de 0 à 11 ans, par type de famille, au Canada, en 1994–1995

Type de famille	Pauvre[a] (%)	Non pauvre (%)
Famille biparentale	16,5	83,5
Famille monoparentale	68,0	32,0
Femme monoparentale	70,9	29,1
Homme monoparental	30,7[b]	69,3

a. La pauvreté est mesurée selon les seuils de faible revenu de Statistique Canada.
b. Estimé moins fiable à cause de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source : Adapté de D.P. Ross, K. Scott et M.A. Kelly (1996). « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, N° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, p. 40.

Beaucoup de familles monoparentales dirigées par une femme vivent dans une pauvreté à long terme.

En 1994–1995, au Canada, un quart (24,6 %) des enfants de 11 ans et moins vivaient dans des ménages pauvres (Ross, Scott et Kelly, 1996a, p. 33). Les jeunes enfants (de la naissance à 11 ans) de famille monoparentale risquaient davantage d'être pauvres que ceux des familles biparentales (68 % comparativement à 16,5 %). Voir la **figure 1.5**. À cet égard, les très jeunes enfants y sont encore plus exposés que les plus âgés, puisqu'en 1994–1995 les nourrissons, soit les enfants de moins de deux ans, étaient 20 % plus exposés à la pauvreté que les enfants de 11 ans (Ross, Scott et Kelly, 1996a, p. 38).

Une importante minorité de familles vit dans une situation de pauvreté permanente (celles dont le revenu tiré d'un emploi ou le revenu sans les transferts gouvernementaux est toujours faible). Plus des deux tiers (69,5 %) des familles dirigées par une femme seule en 1982 et qui l'a été de 1982 à 1987 ont, au cours de chaque année de cette période, un revenu d'emploi inférieur au seuil de faible revenu. La permanence du faible revenu d'emploi était également le lot de 11,7 % des familles biparentales (dont la structure est restée la même) ayant des enfants à charge. De 1988 à 1993, ces pourcentages sont toutefois tombés à 66,9 % dans le cas des familles monoparentales dirigées par une femme, et à 11,5 % dans le cas des couples ayant des enfants (Finnie, 1997, p. 47). Voir la **figure 1.6**.

Les enfants de mère monoparentale

La majorité des enfants des familles à faible revenu (56 % en 1995) vivent avec deux parents, mais le risque de faible revenu est plus élevé dans le cas des mères célibataires (CCDS, 1996, p. 21). En 1995, 80,8 % des familles monoparentales dirigées par une femme vivent un faible revenu, par rapport à 11,8 % pour les familles biparentales (Statistique Canada, 1997a).

1.6 Proportion de familles ayant vécu avec un faible revenu marchand, selon un certain nombre d'années à faible revenu[a], au Canada, de 1982 à 1993

	Nombre d'années de faible revenu de marchand 1982–1987			Nombre d'années de faible revenu de marchand 1988–1993		
Type de famille	0	1–5	6	0	1–5	6
Couples avec enfants	55,9	32,5	11,7	58,9	29,4	11,5
Femme monoparentale	11,4	19,0	69,5	13,4	19,7	66,9
Homme monoparental	37,2	33,3	29,4	33,1	32,5	34,4

a. Le revenu marchand est le revenu avant les paiements de transfert du gouvernement.

Source : R. Finnie (1997). « La dynamique de la rémunération au Canada : Analyse dynamique des faibles revenus marchands (pauvreté selon le revenu marchand) des familles canadiennes ayant des enfants, 1982–1993 », *La recherche appliquée, bulletin*, vol. 4, n° 1, n° de catalogue : W-97-3F.d. Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, Recherche appliquée, p. 34.

L'aide sociale

En 1994–1995, 38,4 % des enfants de moins de 12 ans vivaient dans des ménages tirant principalement leur revenu d'un emploi de travailleur salarié ou autonome. Dix pour cent des enfants de ce groupe d'âge vivaient dans des ménages dont les prestations d'aide sociale constituaient la principale source de revenu (Ross, Scott et Kelly, 1996a, p. 38–39). Voir la figure 1.7. En 1995, près de la moitié (45 %) des mères monoparentales pauvres de moins de 65 ans ont déclaré un revenu d'emploi rémunéré (Conseil national du bien-être social, 1998, p. 72). En 1994, toutefois, les familles monoparentales ont tiré 31,9 % de leur revenu des transferts gouvernementaux (Statistique Canada, 1996).

En 1995–1996, 43 % des Indiens de plein droit vivant dans des réserves, dont ceux qui ont des enfants, ont reçu de l'aide sociale (MAINC, 1998).

De nombreuses familles autochtones sont pauvres.

En 1995, la proportion d'enfants autochtones de six à 14 ans appartenant à une famille à faible revenu était de 48 %, soit plus du double de la moyenne nationale de 22 % (Statistique Canada, 1998b).

En 1995, le revenu d'emploi moyen des Autochtones (17 382 $) était de 34 % inférieur à la moyenne nationale (26 474 $). Un Autochtone ayant des revenus sur quatre vivait dans une réserve. Les Autochtones des réserves ont déclaré un revenu d'emploi moyen de 14 055 $, soit 24 % de moins que les 18 463 $ déclarés par ceux qui vivaient en dehors des réserves (Statistique Canada, 1998b).

Parmi les familles autochtones dirigées par une femme seule, entre 40 % et 76 % (selon la ville) vivaient sous le seuil de la pauvreté en 1991, voire 90 % dans certaines villes de l'Ouest comme Winnipeg, Regina et Saskatoon (Clatworthy, 1994, cité par Frankel, 1997, p. 6).

1.7 Répartition des enfants de 0 à 11 ans, selon la principale source de revenu familial, au Canada, en 1994–1995

Principale source de revenu du foyer	% d'enfants
Salaires et traitements	74,6
Travail indépendant	10,8
Aide sociale	10,1
Assurance-emploi	1,5
Divers[a]	1,0
Prestation fiscale pour enfants	0,9
Pensions[b]	0,4
Indemnisation des accidentés du travail	0,3[c]
Soutien d'un enfant	0,3[c]
Participations et intérêts	†
Pension alimentaire	†
Total	**100,0**

a. Inclut d'autre aide gouvernementale, revenu de loyer, bourses, etc.
b. Inclut les plans de pension du Canada et du Québec, sécurité de la vieillesse et supplément de revenu garanti, pensions de retraite et rentes.
c. Estimé moins fiable en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.
† Estimé trop peu fiable pour publication.

Source : Adapté de D.P. Ross, K. Scott et M.A. Kelly (1996). « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 40.

Beaucoup de familles monoparentales dirigées par une femme vivent dans une pauvreté à long terme.

En 1994–1995, au Canada, un quart (24,6 %) des enfants de 11 ans et moins vivaient dans des ménages pauvres (Ross, Scott et Kelly, 1996a, p. 33). Les jeunes enfants (de la naissance à 11 ans) de famille monoparentale risquaient davantage d'être pauvres que ceux des familles biparentales (68 % comparativement à 16,5 %). Voir la **figure 1.5**. À cet égard, les très jeunes enfants y sont encore plus exposés que les plus âgés, puisqu'en 1994–1995 les nourrissons, soit les enfants de moins de deux ans, étaient 20 % plus exposés à la pauvreté que les enfants de 11 ans (Ross, Scott et Kelly, 1996a, p. 38).

Une importante minorité de familles vit dans une situation de pauvreté permanente (celles dont le revenu tiré d'un emploi ou le revenu sans les transferts gouvernementaux est toujours faible). Plus des deux tiers (69,5 %) des familles dirigées par une femme seule en 1982 et qui l'a été de 1982 à 1987 ont, au cours de chaque année de cette période, un revenu d'emploi inférieur au seuil de faible revenu. La permanence du faible revenu d'emploi était également le lot de 11,7 % des familles biparentales (dont la structure est restée la même) avant des enfants à charge. De 1988 à 1993, ces pourcentages sont toutefois tombés à 66,9 % dans le cas des familles monoparentales dirigées par une femme, et à 11,5 % dans le cas des couples avant des enfants (Finnie, 1997, p. 47). Voir la **figure 1.6**.

Les enfants de mère monoparentale

La majorité des enfants des familles à faible revenu (56 % en 1995) vivent avec deux parents, mais le risque de faible revenu est plus élevé dans le cas des mères célibataires (CCDS, 1996, p. 21). En 1996, 60,8 % des familles monoparentales dirigées par une femme avaient un faible revenu, par rapport à 11,8 % pour les familles biparentales (Statistique Canada, 1997a).

1.6 Proportion de familles ayant vécu avec un faible revenu marchand, selon un certain nombre d'années à faible revenu[a], au Canada, de 1982 à 1993

	Nombre d'années de faible revenu de marchand 1982–1987			Nombre d'années de faible revenu de marchand 1988–1993		
Type de famille	**0**	**1–5**	**6**	**0**	**1–5**	**6**
Couples avec enfants	55,9	32,5	11,7	58,9	29,4	11,5
Femme monoparentale	11,4	19,0	69,5	13,4	19,7	66,9
Homme monoparental	37,2	33,3	29,4	33,1	32,5	34,4

a. Le revenu marchand est le revenu avant les paiements de transfert du gouvernement.

Source : R. Finnie (1997). « La dynamique de la rémunération au Canada : Analyse dynamique des faibles revenus marchands (pauvreté selon le revenu marchand) des familles canadiennes ayant des enfants, 1982-1993 », *La recherche appliquée, bulletin*, vol. 4, n° 1, n° de catalogue : W-97-3F.d. Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, Recherche appliquée, p. 34.

L'aide sociale

En 1994–1995, 85,4 % des enfants de moins de 12 ans vivaient dans des ménages tirant principalement leur revenu d'un emploi de travailleur salarié ou autonome. Dix pour cent des enfants de ce groupe d'âge vivaient dans des ménages dont les prestations d'aide sociale constituaient la principale source de revenu (Ross, Scott et Kelly, 1996a, p. 38–39). Voir la figure 1.7. En 1996, près de la moitié (46 %) des mères monoparentales pauvres de moins de 65 ans ont déclaré un revenu d'emploi rémunéré (Conseil national du bien-être social, 1998, p. 72). En 1994, toutefois, les familles monoparentales ont tiré 31,9 % de leur revenu des transferts gouvernementaux (Statistique Canada, 1996).

En 1995–1996, 43 % des Indiens de plein droit vivant dans des réserves, dont ceux qui ont des enfants, ont reçu de l'aide sociale (MAINC, 1998).

De nombreuses familles autochtones sont pauvres.

En 1995, la proportion d'enfants autochtones de six à 14 ans appartenant à une famille à faible revenu était de 48 %, soit plus du double de la moyenne nationale de 22 % (Statistique Canada, 1998b).

En 1995, le revenu d'emploi moyen des Autochtones (17 382 $) était de 34 % inférieur à la moyenne nationale (26 474 $). Un Autochtone ayant des revenus sur quatre vivait dans une réserve. Les Autochtones des réserves ont déclaré un revenu d'emploi moyen de 14 055 $, soit 24 % de moins que les 18 463 $ déclarés par ceux qui vivaient en dehors des réserves (Statistique Canada, 1998b).

Parmi les familles autochtones dirigées par une femme seule, entre 40 % et 76 % (selon la ville) vivaient sous le seuil de la pauvreté en 1991, voire 90 % dans certaines villes de l'Ouest comme Winnipeg, Regina et Saskatoon (Clatworthy, 1994, cité par Frankel, 1997, p. 6).

1.7 Répartition des enfants de 0 à 11 ans, selon la principale source de revenu familial, au Canada, en 1994–1995

Principale source de revenu du foyer	% d'enfants
Salaires et traitements	74,6
Travail indépendant	10,8
Aide sociale	10,1
Assurance-emploi	1,5
Divers	1,0
Prestation fiscale pour enfants	0,9
Pensions	0,4
Indemnisation des accidentés du travail	0,3
Soutien d'un enfant	0,3
Participations et intérêts	†
Pension alimentaire	†
Total	**100,0**

Source : Adapté de D.P. Ross, K. Scott et M.A. Kelly (1996). « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1. Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 40.

La sécurité de l'alimentation et du logement

La sécurité de l'alimentation et du logement est intimement liée au revenu. En général, les ménages ont consacré, en 1996, 17 % de leur budget au logement et 12 % à l'alimentation (Statistique Canada, 1998c). Le pourcentage de ces dépenses est nettement plus élevé pour les familles à faible revenu que pour les familles à revenu élevé.

La sécurité de alimentation

La sécurité de l'alimentation se définit par l'absence de la faim et de la malnutrition. Elle existe lorsque tout le monde bénéficie en tout temps d'un accès physique et économique à une quantité suffisante d'aliments sûrs et nutritifs pour répondre à leurs besoins et se procurer des aliments permettant de mener une vie active et saine (Agriculture et Agroalimentaire Canada, 1998, p. 5).

Le coût de l'alimentation est stable.

Le coût de l'alimentation est resté relativement stable de 1992 à 1996. En 1996, le ménage moyen a dépensé 112,09 $ par semaine à l'épicerie ou au restaurant, soit 1,65 $ de plus qu'en 1992 (Statistique Canada, 1998d).

En 1996, les ménages du quintile de revenu inférieur ont consacré 32 % de leur budget au logement et 19 % à l'alimentation, tandis que ceux du quintile supérieur y ont affecté respectivement 13 % et 10 % de leur revenu. Du point de vue monétaire, cela signifie que les ménages à faible revenu ont dépensé en moyenne 5 200 $ pour se loger par rapport à 12 800 $ pour les ménages à revenu élevé (Statistique Canada, 1998c).

En 1996–1997, 6,4 % des ménages canadiens, y compris les familles avant des enfants, ont indiqué avoir manqué d'argent pour acheter de la nourriture au moins une fois au cours des 12 mois précédents (Santé Canada, 1998a). En 1995, 900 000 enfants ont reçu de la nourriture de quelque 460 banques d'alimentation à la grandeur du pays (Association canadienne des diététistes, 1996, p. 4).

La sécurité de l'alimentation est déficiente dans les communautés nordiques (surtout chez les Inuits) en raison du coût élevé des aliments et de l'approvisionnement irrégulier en aliments nutritifs et de qualité (Lawn et Langner, 1994).

Le coût de l'alimentation est resté relativement stable de 1992 à 1996. En 1996, le ménage moyen a dépensé 112,09 $ par semaine à l'épicerie ou au restaurant, soit 1,65 $ de plus qu'en 1992 (Statistique Canada, 1998d).

La sécurité de l'alimentation et du logement

La sécurité de l'alimentation et du logement est intimement liée au revenu. En général, les ménages ont consacré, en 1996, 17 % de leur budget au logement et 12 % à l'alimentation (Statistique Canada, 1998c). Le pourcentage de ces dépenses est nettement plus élevé pour les familles à faible revenu que pour les familles à revenu élevé.

La sécurité de alimentation

La sécurité de l'alimentation se définit par l'absence de la faim et de la malnutrition. Elle existe lorsque tous les membres bénéficient en tout temps d'un accès physique et économique à une quantité suffisante d'aliments sûrs et nutritifs pour répondre à leurs besoins et se procurer des aliments permettant de mener une vie active et saine (Agriculture et Agroalimentaire Canada, 1998, p. 5).

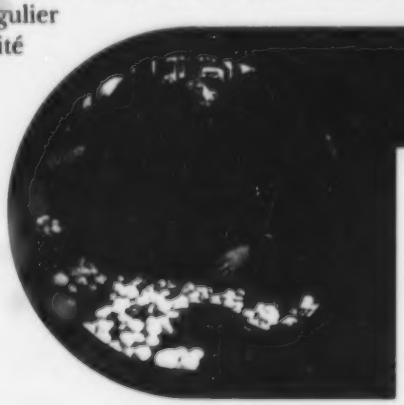
Le coût de l'alimentation est stable.

Le coût de l'alimentation est resté relativement stable de 1992 à 1996. En 1996, le ménage moyen a dépensé 112,09 $ par semaine à l'épicerie ou au restaurant, soit 1,65 $ de plus qu'en 1992 (Statistique Canada, 1998d).

En 1996, les ménages du quintile de revenu inférieur ont consacré 32 % de leur budget au logement et 19 % à l'alimentation, tandis que ceux du quintile supérieur y ont affecté respectivement 13 % et 10 % de leur revenu. Du point de vue monétaire, cela signifie que les ménages à faible revenu ont dépensé en moyenne 5 200 $ pour se loger par rapport à 12 800 $ pour les ménages à revenu élevé (Statistique Canada, 1998c).

En 1996–1997, 6,4 % des ménages canadiens, y compris les familles ayant des enfants, ont indiqué avoir manqué d'argent pour acheter de la nourriture au moins une fois au cours des 12 mois précédents (Santé Canada, 1998a). En 1995, 900 000 enfants ont reçu de la nourriture de quelque 460 banques d'alimentation à la grandeur du pays (Association canadienne des diététistes, 1996, p. 4).

La sécurité de l'alimentation est déficiente dans les communautés nordiques (surtout chez les Inuits) en raison du coût élevé des aliments et de l'approvisionnement irrégulier en aliments nutritifs et de qualité (Lawn et Langner, 1994).



Le coût de l'alimentation est resté relativement stable de 1992 à 1996. En 1996, le ménage moyen a dépensé 112,09 $ par semaine à l'épicerie ou au restaurant, soit 1,65 $ de plus qu'en 1992 (Statistique Canada, 1998d).

Tout le monde ne bénéficie pas de la sécurité du logement.

La plupart des familles canadiennes vivent dans des logements qui respectent ou dépassent les normes actuelles, notamment pour ce qui est du nombre de chambres, de la plomberie et du coût (moins de 30 % du revenu du ménage).

En 1991, le logement de 68 % des familles respectait les normes. Sur les 32 % de familles dont le logement était inférieur aux normes, plus de la moitié (54 %) y ont consacré au moins 30 % de leur revenu. Selon une recherche de la Société canadienne d'hypothèques et de logement et de Statistique Canada, la faiblesse des revenus est en grande partie responsable de l'occupation de logements inférieurs aux normes (SCHL, 1993).

Cette année-là, un ménage sur 10, pour un total de 548 000 enfants de moins de 16 ans, n'avait pas les moyens de vivre dans un logement respectant ou dépassant les normes. Ces familles ont un criant besoin de logement. Nous savons qu'en 1991 :

- Les familles monoparentales étaient 11 fois plus susceptibles d'avoir grand besoin d'un logement que les familles biparentales (SCHL, 1993, p. 2). Soixante-deux pour cent des familles monoparentales autochtones (SCHL, 1997a, p. 1) et 40 % des familles monoparentales inuites avaient un urgent besoin de logement (SCHL, 1997b, p. 1).

- Les familles à loyer sont six fois plus exposées à avoir grand besoin d'un logement que les familles qui possèdent une maison (SCHL, 1993, p. 2).

- Une famille monoparentale à loyer sur deux a déjà eu grand besoin d'un logement (SCHL, 1993, p. 2).

- Le revenu des familles ayant un criant besoin de logement représentait seulement le quart du revenu des familles qui n'en avaient pas besoin (SCHL, 1993, p. 3).

Les conditions de logement des Autochtones s'améliorent.

La situation des familles autochtones vivant dans les réserves est moins rose. En 1996–1997, 48 % des logements des réserves devaient être rénovés ou remplacés (MAINC, 1998, p. 47). La promiscuité est plus fréquente chez les familles vivant dans des réserves. En 1991, 21 % des logements accueillaient plus d'une personne par chambre comparativement à seulement 1 % des logements de la population en général (MAINC, 1997). Ce problème est particulièrement aigu chez les Inuits. En 1991, 26 % des ménages inuits vivaient dans la promiscuité et avaient un important besoin de logement (SCHL, 1997b).

Les conditions de logement des Autochtones s'améliorent, cependant, puisque dans les réserves il y a moins de logements privés d'eau courante (3,9 % en 1996–1997 par rapport à 17,7 % en 1987–1988) et d'égoûts (8,5 % en 1995–1996 comparativement à 27,8 % en 1987–1988) (MAINC, 1998, p. 48).

Les ménages autochtones urbains vivent plus souvent dans des logements inférieurs aux normes (26,9 % en 1991) que les ménages non autochtones qui habitent en ville (17,1 % en 1991) (SCHL, 1995).

Revenu, statut social et autres déterminants

L'éducation

L'alphabétisation est un facteur déterminant du revenu. Près de 50 % des adultes les moins alphabétisés vivent dans des ménages à faible revenu, contre seulement 8 % de ceux qui figurent parmi les plus alphabétisés. Plus de la moitié (55 %) des analphabètes étaient sans emploi en 1994 et ceux qui travaillaient gagnaient moins de 15 000 $ (Shalla et Schellenberg, 1998, p. 14).

Les personnes ayant moins de neuf années de scolarité risquent davantage d'occuper des emplois peu valorisants et mal rémunérés. Il y a un rapport entre le fait de grandir dans une pauvreté persistante ou massive et l'échec, l'absentéisme et le décrochage scolaires, les problèmes de comportement et la délinquance (Evans, 1995, p. 22 et 27). Le revenu influe également sur la maturité et le rendement scolaires, les enfants élevés dans la pauvreté ayant tendance à avoir une éducation inférieure (CCDS, 1997, p. 20).

Le revenu joue un rôle fondamental

Les enfants des familles à faible revenu sont en moins bonne santé, ont une éducation inférieure, vivent dans un environnement moins sûr (absence de détecteurs de fumée domestiques, logement en mauvais état) et adoptent des comportements plus dangereux (tabagisme, alcoolisme, inutilisation de contraceptifs). Par rapport aux adolescents qui ne sont pas pauvres, deux fois plus de jeunes de 16 et 17 ans vivant dans la pauvreté quittent l'école avant la fin du secondaire. (Ross, Scott et Kelly, 1996b, p. 8 et 13).

L'environnement social

La pauvreté est intimement liée à la violence et aux comportements agressifs dans les familles et les quartiers. La violence et la négligence envers les enfants tiennent à divers facteurs, dont le manque d'argent, le chômage ou le sous-emploi et le manque de services sociaux (Comité consultatif sur les services à l'enfance, 1990, p. 22).

Les pratiques de santé personnelles

Au Canada, les enfants et les jeunes des quartiers urbains les plus pauvres risquent davantage que ceux des quartiers plus riches de mourir par suite de blessures (Wilkins, Adams et Brancker, cités dans ICSI, 1994, p. 122). Il existe aussi un rapport entre le taux élevé de grossesse à l'adolescence et la faiblesse des revenus. Ce taux est en effet cinq fois plus élevé dans les quartiers pauvres (Santé Canada, 1999, p. 5).

Revenu, statut social et autres déterminants

L'éducation

L'alphabétisation est un facteur déterminant du revenu. Près de 50 % des adultes les moins alphabétisés vivent dans des ménages à faible revenu, contre seulement 8 % de ceux qui figurent parmi les plus alphabétisés. Plus de la moitié (55 %) des analphabètes étaient sans emploi en 1994 et ceux qui travaillaient gagnaient moins de 15 000 $ (Shalla et Schellenberg, 1998, p. 14).

Les personnes ayant moins de neuf années de scolarité risquent davantage d'occuper des emplois peu valorisants et mal rémunérés. Il y a un rapport entre le fait de grandir dans une pauvreté persistante ou massive et l'échec, l'absentéisme et le décrochage scolaires, les problèmes de comportement et la délinquance (Evans, 1995, p. 22 et 27). Le revenu influe également sur la maturité et le rendement scolaires, les enfants élevés dans la pauvreté ayant tendance à avoir une éducation inférieure (CCDS, 1997, p. 20).

Le revenu joue un rôle fondamental

[illegible]

L'environnement social

La pauvreté est intimement liée à la violence et aux comportements agressifs dans les familles et les quartiers. La violence et la négligence envers les enfants tiennent à divers facteurs, dont le manque d'argent, le chômage ou le sous-emploi et le manque de services sociaux (Comité consultatif sur les services à l'enfance, 1990, p. 22).

Les pratiques de santé personnelles

Au Canada, les enfants et les jeunes des quartiers urbains les plus pauvres risquent davantage que ceux des quartiers plus riches de mourir par suite de blessures (Wilkins, Adams et Brancker, cités dans ICSI, 1994, p. 122). Il existe aussi un rapport entre le taux élevé de grossesse à l'adolescence et la faiblesse des revenus. Ce taux est en effet cinq fois plus élevé dans les quartiers pauvres (Santé Canada, 1999, p. 5).

Les capacités individuelles et les habiletés d'adaptation

On s'aperçoit de plus en plus que les sources de stress multiples et les carences psychologiques, souvent liées à la pauvreté (dépression de la mère, alcoolisme, toxicomanie et violence des parents, criminalité du père), nuisent aussi à l'acquisition de capacités individuelles et des habiletés d'adaptation plutôt que seulement la faiblesse des revenus (Steinhauer, 1998).

Références

Agriculture et Agroalimentaire Canada. *Plan d'action du Canada pour la sécurité alimentaire*, Ottawa, Agriculture et Agroalimentaire Canada, 1998.

Association canadienne des diététistes, Comité directeur conjoint responsable de l'élaboration d'un plan national sur la nutrition pour le Canada. *La nutrition pour un virage santé : voies d'action*, Toronto, Association canadienne des diététistes, 1996.

Bertrand, J. « Enrichir l'expérience des enfants d'âge préscolaire » dans *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier — vol. 1, Les enfants et les adolescents*. Ottawa, Forum national sur la santé, Santé Canada, 1998, p. 8–48.

Clatworthy, S. *Migration et mobilité de la population autochtone du Canada* (rapport de recherche préparé pour la Commission royale sur les peuples autochtones), 1994, d'après S. Frankel « The Well-Being and Social Conditions of Aboriginal Children and Youth: An Assessment of Current Knowledge and A Proposal for Knowledge Development » Winnipeg, Groupe de recherche sur les enfants et la famille, faculté de travail social, Université du Manitoba, 1997.

Comité consultatif sur les services à l'enfance. *Les enfants d'abord*, Toronto, ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, 1990.

Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada 1996*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1996.

Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada 1997*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1997.

Conseil national du bien-être social. *Profil de la pauvreté, 1996*, Conseil national du bien-être social, 1998.

Développement des ressources humaines Canada. *La recherche appliquée, bulletin*, vol. 2, n° 2, été-automne 1996.

Evans, P. *Les enfants et adolescents « à risque »*, 1995, d'après Organisation de Coopération et de Développement Économiques « Les enfants à risque », Paris, Organisation de Coopération et de Développement Économiques, 1995, p. 13–53.

Finnie, R. *La dynamique de la rémunération au Canada : Analyse dynamique des faibles revenus marchands (pauvreté selon le revenu marchand) des familles canadiennes ayant des enfants, 1982–1993*, n° de catalogue : W-97-3F.a, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, 1997.

Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994.

Institut Vanier de la famille. *De la table de cuisine à la table du conseil : la famille canadienne et le milieu de travail*, Ottawa, Institut Vanier de la famille, 1998.

Lawn, J. et N. Langner. *Programme de contrôle de la subvention accordée au service aérien omnibus : rapport final*, vol. 2, Ottawa, ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada, 1994.

Ministère de l'Agriculture du Manitoba. *Family Finance: The Cost of Raising a Child: 1998*, cité dans *Le progrès des enfants au Canada 1998*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1998.

Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. Tableau adapté du recensement de 1991. Données brutes non publiées préparées pour Affaires indiennes et du Nord Canada par la Division des opérations du recensement, Statistique Canada, 1997.

Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. *Données ministérielles de base 1997*, QS-3575-000-BB-A1, n° de catalogue : R12-7/1997, Ottawa, MAINC, 1998.

Ross, D.P., K. Scott et M.A. Kelly. « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996a, p. 17–52.

Ross, D.P., K. Scott et M. Kelly. *La pauvreté des enfants: quelles en sont les conséquences?* Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1996b.

Santé Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–97*, données non publiées, 1998.

Santé Canada. *Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*, Ottawa, Santé Canada, 1999.

Shalla, V. et G. Schellenberg. *La valeur des mots : alphabétisme et sécurité économique au Canada*, n° de catalogue : 89-552-MPF, Ottawa, Statistique Canada, 1998.

Société canadienne d'hypothèques et de logement. *Le point en recherche*, n° 12, 1993.

Société canadienne d'hypothèques et de logement. *Le point en recherche*, n° 21, 1995.

Société canadienne d'hypothèques et de logement. *Le point en recherche*, n° 34, 1997a.

Société canadienne d'hypothèques et de logement. *Le point en recherche*, n° 35, 1997b.

Statistique Canada. *Scolarité, travail et activités connexes, revenu, dépenses et mobilité : Enquête auprès des peuples autochtones de 1991*, n° de catalogue : 89-534, Ottawa, Statistique Canada, 1993.

Statistique Canada. *Le Quotidien*, 14 août 1996.

Statistique Canada. *Le Quotidien*, 22 décembre 1997a.

Statistique Canada. *Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu, 1996*, n° de catalogue : 13-207-XPB, Ottawa, Statistique Canada, 1997b.

Statistique Canada. Enquête sur les finances des consommateurs de 1992 et 1997, données personnalisées, Ottawa, Statistique Canada, Division des statistiques sur le revenu, 1998a.

Statistique Canada. *Le Quotidien*, 12 mai 1998b.

Statistique Canada. *Le Quotidien*, 12 février 1998c.

Statistique Canada. *Le Quotidien*, 4 février 1998d.

Steinhauer, P.D. « Développer la résilience chez les enfants des milieux défavorisés » dans *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier — vol. 1, Les enfants et les adolescents*, Ottawa, Forum national sur la santé, Santé Canada, 1998, p. 49–105.

Wilkins, R., O. Adams et A. Brancker. Données non publiées citées dans *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994.

Zyblock, M. *La pauvreté des enfants au Canada : examen des tendances de la profondeur et de l'incidence du point de vue du revenu monétaire total, de 1973 à 1992*, n° de catalogue : W-96-1F, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, Recherche appliquée, 1996.

Chapitre

2

L'emploi et le milieu de travail

Aperçu

L'emploi et les conditions de travail peuvent influer sur la santé des parents et des enfants. En général, les personnes qui travaillent, qui ont prise sur leurs conditions de travail et qui occupent un emploi peu stressant sont en meilleure santé. Un emploi stable et un salaire adéquat déterminent le revenu et la situation économique des enfants et de la famille. Le chômage chronique ou le stress excessif au travail chez les parents peuvent nuire à la santé mentale et physique de toute la famille.

La participation accrue des femmes à la population active rémunérée a eu une incidence importante sur l'organisation de la vie familiale, dont la nécessité de prendre des dispositions pour faire garder les enfants pendant que les parents travaillent. C'est pourquoi la disponibilité et la qualité des services de garde d'enfants constituent une préoccupation primordiale.

L'emploi, le chômage et le soutien social au travail sont aussi importants pour les jeunes que pour les parents. Au Canada, une proportion élevée d'adolescents travaille. Bon nombre d'entre eux occupent un emploi à temps partiel qui leur permet d'acquérir de l'expérience tout en étudiant et de gagner de l'argent afin de poursuivre leurs études.

Rapport avec le développement sain des enfants

L'emploi contribue à améliorer la santé des parents et des enfants.

L'emploi peut être un déterminant de la santé chez les parents et les enfants. De plus, l'emploi et les conditions de travail influent beaucoup sur les possibilités économiques des parents. Ces déterminants ont une incidence sur la capacité des gens à assumer leurs responsabilités parentales et, partant, à établir de saines relations avec leurs enfants.

Inversement, le chômage est un déterminant d'une mauvaise santé. Une vaste étude menée par l'Organisation mondiale de la santé a révélé qu'un taux de chômage élevé et l'instabilité économique sont néfastes pour la santé aussi bien mentale que physique des chômeurs, de leurs familles et de leur communauté (Wescott et coll., 1985). Une étude canadienne, pour sa part, a démontré que les chômeurs éprouvent beaucoup plus de détresse psychologique, d'anxiété et de symptômes dépressifs, sont plus souvent incapables de travailler, sont plus limités dans leurs activités, ont des problèmes de santé et sont plus souvent hospitalisés que les gens qui travaillent (D'Arcy, 1986, p. 127).

À leur tour, ces facteurs se répercutent sur la santé des enfants; ceux-ci risquent d'éprouver des problèmes de santé mentale et d'estime de soi et de moins bien gérer leur stress. Il arrive aussi qu'ils soient moins sociables et fassent moins confiance aux autres pendant les périodes de problèmes familiaux.

Un environnement de travail sain favorise la santé.

Ceux qui ont prise sur leurs conditions de travail et sont moins exposés au stress lié au rythme rapide de travail et à des échéanciers fréquents, par exemple, sont en meilleure santé et vivent en général plus longtemps que ceux qui ont un emploi stressant et dangereux. Ajoutons à cela que ceux qui bénéficient d'un bon soutien social au travail (déterminé par le nombre et la qualité des interactions avec leurs collègues de travail) sont plus en santé que ceux qui en sont privés (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1994, p. 18).

Le soutien en milieu de travail, lié à des politiques reconnaissant et appuyant les besoins des parents, contribue à réduire le stress et à améliorer la capacité des parents à répondre aux exigences de leur travail et de leur situation en tant que parents.

L'accessibilité des services de garde d'enfants de haute qualité est essentielle.

L'arrivée, ces dernières décennies, d'un nombre croissant de femmes sur le marché du travail rémunéré a entraîné une réorganisation radicale du mode de garde des enfants. Des services de garde d'enfants accessibles sont essentiels pour soutenir et promouvoir l'emploi. Ils permettent également aux parents de terminer ou de poursuivre leurs études ou de participer à des programmes de formation pratique (Lero et Johnson, 1994, p. 36).

En outre, la qualité des services de garde est importante. « Lorsque le personnel de la garderie est réceptif et chaleureux, qu'il comprend en quoi consiste le développement des enfants et n'est pas chargé d'un trop grand nombre d'enfants, la garderie peut-être aussi bénéfique, et parfois plus, que la famille — surtout en ce qui concerne la socialisation et l'acquisition du langage. Inversement, lorsque les responsables de l'enfant sont négligents ou trop durs, ou lorsqu'ils sont incapables d'accorder à l'enfant une attention individualisée parce qu'ils s'occupent d'un trop grand nombre, la stimulation est insuffisante et la recherche montre alors que le développement de l'enfant peut en pâtir. » (Guy, 1997, p. 91).

Conditions et tendances

La documentation soulève certaines questions concernant l'emploi liées de très près au développement sain des enfants. La présente section fournit des données récentes illustrant les quatre points suivants : la présence des parents sur le marché du travail, le travail et les responsabilités parentales, la garde des enfants et l'emploi chez les jeunes.

La présence des parents sur le marché du travail

La plupart des parents de jeunes enfants travaillent, situation qui à la fois profite aux enfants et pose des problèmes en ce qui a trait au bon développement des enfants et à la vie de famille. Voici quelques faits relatifs à la présence des parents sur le marché du travail.

Beaucoup de parents travaillent.

Les parents qui travaillent sont la norme dans presque toutes les familles. L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) montre une différence entre les familles biparentales et les familles monoparentales. En 1994–1995, plus du tiers (35,5 %) des enfants de moins de 12 ans vivaient dans des familles où les deux parents travaillaient à temps plein, et un tiers (33,2 %) dans des familles biparentales où l'un des parents travaillait. La situation était fort différente, cependant, dans le cas des enfants de familles monoparentales. Plus de la moitié d'entre eux (54,9 %) vivaient dans des familles dont le parent était sans emploi, tandis que, pour un peu plus du tiers, le parent occupait un emploi à temps plein (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 39). Voir la **figure 2.1**.

Les familles biparentales ayant des enfants de moins de 18 ans ont présenté une augmentation du nombre combiné moyen de 5,7 semaines de travail, passant de 72,6 semaines en 1984 à 78,3 semaines en 1994 (CCDS, 1996, p. 15).

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

2.1 Réparation des enfants de 0 à 11 ans, selon la situation professionnelle des parents, au Canada, en 1994–1995

	Familles biparentales (%)	Familles monoparentales (%)
Les deux à temps plein (sauf dans le cas d'une monoparentalité)	35,5	34,1
Un à temps plein, un à temps partiel	21,8	n/a
Un à temps plein, un sans emploi	33,2	n/a
Temps partiel seulement[a]	2,9	10,9
Sans emploi	6,6	54,9

a. Inclut les familles biparentales où un parent travaille à temps partiel et l'autre est à temps partiel ou sans emploi.
n/a Ne s'applique pas.

Source : Adapté de D.P. Ross, K. Scott et M.A. Kelly. « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 41.

Un plus grand nombre de femmes travaillent.

L'analyse des données du recensement de 1991 montre que la proportion de femmes sur le marché du travail a plus que doublé entre 1961 et 1991, passant de 29 % à 60 %. La proportion d'hommes est tombée quant à elle, au cours de cette période, de 81 % à 76 % (Gunderson, 1998, p. 25).

La proportion de femmes sur le marché du travail qui ont de jeunes enfants est en général supérieure à celle des femmes en général. En 1976, seulement 50 % des mères ayant des enfants de moins de trois ans étaient sur le marché du travail (ICSI, 1994, p. 7). Voir la **figure 2.2**. Alors que d'autres donnés en 1991 démontrent plus de 70 % des mères d'enfants d'âge préscolaire et 78 % des mères d'enfants de 6 à 14 ans occupaient un emploi rémunéré (Gunderson, 1998, p. 30). En 1995, la plupart des pères mariés (94 %) occupaient un emploi, quel que soit l'âge de leurs enfants (Marshall, 1998, p. 73).

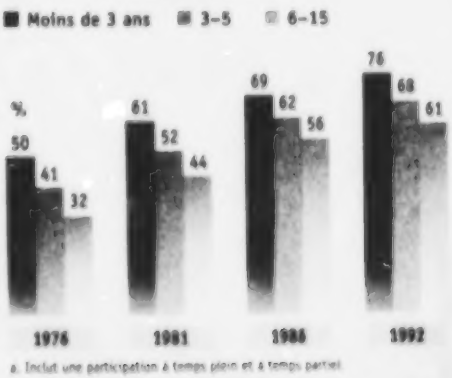
Le taux de chômage est supérieur chez les familles autochtones et monoparentales.

Le pourcentage de familles dont au moins l'un des parents était au chômage depuis plus de six mois est passé de 7,1 % en 1981 à 12,2 % en 1994 (CCDS, 1996, p. 19).

En 1994–1995, 6,6 % des enfants de moins de 11 ans de familles biparentales vivaient dans des familles dont aucun des parents n'était sur le marché du travail, tandis que 54,9 % des enfants de familles monoparentales vivaient avec un parent qui n'occupait pas un emploi (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 39). Voir la **figure 2.1**.

En 1991, 10 % des Canadiens étaient en chômage par rapport à 25 % dans le cas des Autochtones. Les Autochtones vivant dans des réserves ont le taux de chômage le plus élevé au Canada, soit 31 % (Statistique Canada, 1993, cité dans ICSI, 1994, p. 138).

2.2 Présence des femmes sur le marché du travail[a], selon l'âge du plus jeune enfant, Canada, de 1976 à 1992



a. Inclut une participation à temps plein et à temps partiel.

Source : Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994, p. 7.

2.1 Réparation des enfants de 0 à 11 ans, selon la situation professionnelle des parents, au Canada, en 1994–1995

	Familles biparentales (%)	Familles monoparentales (%)
Les deux à temps plein (sauf dans le cas d'une monoparentalité)	35,5	34,1
Un à temps plein, un à temps partiel	21,8	n/a
Un à temps plein, un sans emploi	33,2	n/a
Temps partiel seulement[a]	2,9	10,9
Sans emploi	6,6	54,9

a. Inclut les familles biparentales où un parent travaille à temps partiel et l'autre est à temps partiel ou sans emploi.
n/a Ne s'applique pas.

Source : Adapté de D.P. Ross, K. Scott et M.A. Kelly. « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 41.

Un plus grand nombre de femmes travaillent.

L'analyse des données du recensement de 1991 montre que la proportion de femmes sur le marché du travail a plus que doublé entre 1961 et 1991, passant de 29 % à 60 %. La proportion d'hommes est tombée quant à elle, au cours de cette période, de 81 % à 76 % (Gunderson, 1998, p. 25).

La proportion de femmes sur le marché du travail qui ont de jeunes enfants est en général supérieure à celle des femmes en général. En 1976, seulement 50 % des mères ayant des enfants de moins de trois ans étaient sur le marché du travail (ICSI, 1994, p. 7). Voir la **figure 2.2**. Alors que d'autres donnés en 1991 démontrent plus de 70 % des mères d'enfants d'âge préscolaire et 78 % des mères d'enfants de 6 à 14 ans occupaient un emploi rémunéré (Gunderson, 1998, p. 30). En 1995, la plupart des pères mariés (94 %) occupaient un emploi, quel que soit l'âge de leurs enfants (Marshall, 1998, p. 73).

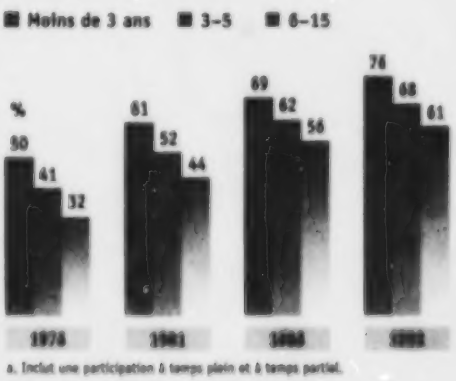
Le taux de chômage est supérieur chez les familles autochtones et monoparentales.

Le pourcentage de familles dont au moins l'un des parents était au chômage depuis plus de six mois est passé de 7,1 % en 1981 à 12,2 % en 1994 (CCDS, 1996, p. 19).

En 1994–1995, 6,6 % des enfants de moins de 11 ans de familles biparentales vivaient dans des familles dont aucun des parents n'était sur le marché du travail, tandis que 54,9 % des enfants de familles monoparentales vivaient avec un parent qui n'occupait pas un emploi (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 39). Voir la **figure 2.1**.

En 1991, 10 % des Canadiens étaient en chômage par rapport à 25 % dans le cas des Autochtones. Les Autochtones vivant dans des réserves ont le taux de chômage le plus élevé au Canada, soit 31 % (Statistique Canada, 1993, cité dans ICSI, 1994, p. 138).

2.2 Présence des femmes sur le marché du travail[a], selon l'âge du plus jeune enfant, Canada, de 1976 à 1992



a. Inclut une participation à temps plein et à temps partiel.

Source : Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994, p. 7.

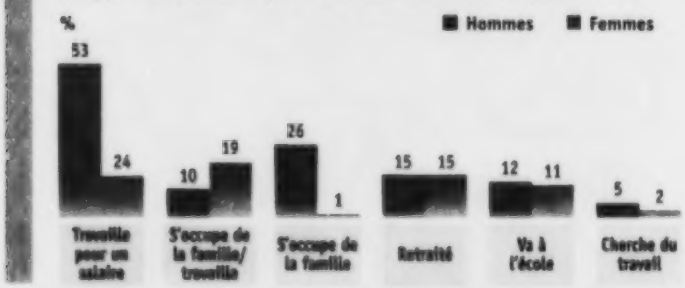
Le travail et le rôle parental

La présence accrue des femmes sur le marché du travail a posé de nouveaux défis aux parents, aux employeurs et aux collectivités en ce qui concerne l'intégration des responsabilités inhérentes au travail et à la famille. Quelle que soit leur situation d'emploi, les femmes assument encore principalement la garde des enfants et les tâches domestiques, un double rôle qui accroît beaucoup leur stress et leurs problèmes de santé (Marshall, 1994, p. 33–35).

Les femmes effectuent plus de tâches domestiques.

Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à déclarer que les tâches domestiques et leur emploi sont ce qui les occupent le plus, et seulement une femme pour deux hommes affirme qu'elle travaille seulement pour la paye ou le profit (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996, p. 50). Voir la **figure 2.3**.

2.3 Activité quotidienne des adultes ayant 15 ans et plus, selon le type d'activité et par sexe, au Canada, en 1994–1995



Source : Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes : Annexes techniques*, n° de catalogue : H39-385/1-1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996, p. 53.

En fait, le travail qui profite le plus aux enfants est surtout celui fait par les femmes, et ce, même si elles occupent un emploi à temps plein, peu importe si leur mari travaille aussi à temps plein. En 1992, dans le cas des familles ayant de jeunes enfants dont la mère et le père occupaient tous deux un emploi à temps plein (rémunéré), les femmes consacraient près de deux fois plus de temps (1,86 heure) avec les enfants que les hommes (une heure) (Ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables de la situation de la femme, 1997, p. 29).

La même étude montre aussi qu'en 1992 les femmes ont travaillé une demi-heure de plus par jour (avec ou sans rémunération) que les hommes, soit l'équivalent de cinq semaines par année de travail à temps plein (Ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables de la situation de la femme, 1997, p. 21).

Le stress est élevé chez les mères qui travaillent.

Selon de récentes recherches, l'obligation de concilier les exigences de la famille et du travail est liée de près aux problèmes de stress et de santé mentale, spécialement chez les femmes. Dans un document intitulé *Le progrès des enfants au Canada*, du Conseil canadien de développement social (1996, p. 15) on constate que les mères qui ont un emploi déclarent :

- éprouver beaucoup de difficultés à concilier le travail et la famille (40 %);
- endurer un niveau élevé de stress (50 %);
- être aux prises avec des niveaux élevés de dépression (40 %).

Le stress des mères qui occupent un emploi est particulièrement élevé chez les mères chefs de famille monoparentale. Selon une étude menée en 1993, celles-ci sont davantage exposées au stress lié au travail et à la famille que les mères mariées qui sont sur le marché du travail (Institut Vanier de la famille, 1998, p. 29). Les pères à la tête d'une famille monoparentale ont eux aussi plus de stress.

Selon des recherches, les employeurs sont peu nombreux à considérer que les obligations familiales des employés ont une incidence sur leur travail. Les employés sont souvent stressés et en mauvaise santé, ils refusent l'avancement et les mutations, et, pourtant, se sentent coupables de la qualité de leur rôle parental. Les employeurs ont tendance à regarder seulement les effets négatifs de ces obligations sur le rendement au travail, l'absentéisme, le taux de roulement et le moral des employés (Institut Vanier de la famille, 1998, p. i et ii).

La souplesse est essentielle.

Les femmes qui ont des enfants sont en général plus nombreuses à travailler à temps partiel que celles qui n'en ont pas (respectivement 26 % et 18 %), à être travailleuses autonomes (17 % contre 12 %), à avoir un horaire variable (32 % contre 29 %) et des modalités de travail flexibles (27 % contre 16 %) (Fast et Frederick, 1996, p. 16).

La garde des enfants

Étant donné le nombre croissant de femmes qui travaillent, l'offre de bons services accessibles de garde d'enfants est de plus en plus importante. Les chiffres montrent, toutefois, que les services ne répondent pas aux nouveaux besoins des familles canadiennes.

Il y a une forte demande de services de garde d'enfants et de subventions.

En 1994–1995, 32,4 % des enfants de moins de 12 ans (1,5 million d'enfants) ont bénéficié d'une garde non parentale pendant que leurs parents travaillaient ou étudiaient. Sur ce nombre, un peu plus du tiers (34,2 %) ont obtenu un service de garde d'enfants non réglementé ailleurs que chez un parent, et un peu plus du quart (26,9 %), un service réglementé. Près du quart des enfants

(23,9 %) ont été gardés par un parent (y compris un frère ou une sœur) ou sont restés seuls (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 29). Voir la **figure 2.4**. Nous savons, en outre, qu'au cours de la même année :

- Il y avait 360 000 places dans les garderies réglementées pour les enfants de moins de 13 ans et 270 000 autres pour le million d'enfants d'âge préscolaire dont les parents travaillaient ou étudiaient plus de 20 heures par semaine (DRHC, 1994, p. 60).
- Environ 42 % des places dans les garderies réglementées étaient subventionnées en vue de les rendre accessibles aux familles à faible revenu (DRHC, 1994, p. 60).

Depuis le début des années 1970 jusqu'à la fin des années 1980, le taux d'augmentation du nombre de places dans les garderies au Canada se situait entre 10 % et 16 % par année. Toutefois, cette croissance a ralenti depuis 1990. En 1995, le taux a été de 4,7 %, ce qui est assez conforme à la tendance de la décennie (DRHC, 1995 et 1996, p. 3 et 9).

Ces dernières années, le nombre de subventions accordées aux parents à faible revenu pour faire garder leurs enfants ou aux propriétaires de garderie pour assurer leur fonctionnement ou verser des salaires a diminué dans plusieurs provinces. Certains gouvernements provinciaux ont également abaissé les normes des garderies et allégé les règlements en matière de contrôle et d'application (CCDS, 1997, p. 30).

2.4 Répartition des enfants de 0 à 11 ans, selon le mode de garde non parentale, au Canada, en 1994–1995

Arrangements pour soins primaires	% d'enfants
Soins à la maison non reliés à la famille, non réglementés	34,2
Garde par un parent, dans la maison de l'enfant ou de quelqu'un d'autre	21,4
Soins, réglementée	15,7
Dans la maison de l'enfant par un non-parent, non réglementé	14,2
Soins à la maison non reliés à la famille, réglementés	7,2
Programme réglementé avant et après l'école	4,0
Sœur, frère ou seul	2,5
Autre	0,7[a]

a. Estimé moins fiable en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source : D.P. Ross, K. Scott et M.A. Kelly. « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 29.

Les frères et les sœurs jouent un rôle important.

En 1988, 23 % des enfants canadiens de 6 à 12 ans (340 000) que les parents devaient faire garder sont restés seuls pendant un certain temps ou avec un frère ou une sœur de moins de 13 ans pendant que leurs parents travaillaient. Rester seuls ou se faire garder par un frère ou une sœur a été la principale forme de garde pour 7 % des enfants de 6 à 9 ans et pour 21 % des enfants de 10 à 12 ans (Lero et Johnson, 1994, p. 40).

L'accès des communautés des Premières nations aux services de garde d'enfants est limité.

Il y a peu de données nationales sur les services de garde d'enfants dans les communautés des Premières nations. Il semble toutefois que les conceptions des Autochtones soient plus globales et reposent davantage sur la famille étendue que celles de la population canadienne en général. Selon les données les plus récentes, il n'y a que 68 garderies pour plus de 1 000 communautés des Premières nations au Canada (Enquête nationale sur les services de garde des enfants de Premières nations, 1989).

(23,9 %) ont été gardés par un parent (y compris un frère ou une sœur) ou sont restés seuls (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 29). Voir la **figure 2.4**. Nous savons, en outre, qu'au cours de la même année :

- Il y avait 360 000 places dans les garderies réglementées pour les enfants de moins de 13 ans et 270 000 autres pour le million d'enfants d'âge préscolaire dont les parents travaillaient ou étudiaient plus de 20 heures par semaine (DRHC, 1994, p. 60).
- Environ 42 % des places dans les garderies réglementées étaient subventionnées en vue de les rendre accessibles aux familles à faible revenu (DRHC, 1994, p. 60).

2.4 Répartition des enfants de 0 à 11 ans, selon le mode de garde non parentale, au Canada, en 1994–1995

Arrangements pour soins primaires	% d'enfants
Soins à la maison non reliés à la famille, non réglementés	34,2
Garde par un parent, dans la maison de l'enfant ou de quelqu'un d'autre	21,4
Soins, réglementée	15,7
Dans la maison de l'enfant par un non-parent, non réglementé	14,2
Soins à la maison non reliés à la famille, réglementés	7,2
Programme réglementé avant et après l'école	4,0
Sœur, frère ou seul	2,5
Autre	0,7[a]

a. Estimé moins fiable en raison de la forte variabilité d'échantillonnage

Source : D.P. Ross, K. Scott et M.A. Kelly. « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 29.

Depuis le début des années 1970 jusqu'à la fin des années 1980, le taux d'augmentation du nombre de places dans les garderies au Canada se situait entre 10 % et 16 % par année. Toutefois, cette croissance a ralenti depuis 1990. En 1995, le taux a été de 4,7 %, ce qui est assez conforme à la tendance de la décennie (DRHC, 1995 et 1996, p. 3 et 9).

Ces dernières années, le nombre de subventions accordées aux parents à faible revenu pour faire garder leurs enfants ou aux propriétaires de garderie pour assurer leur fonctionnement ou verser des salaires a diminué dans plusieurs provinces. Certains gouvernements provinciaux ont également abaissé les normes des garderies et allégé les règlements en matière de contrôle et d'application (CCDS, 1997, p. 30).

Les frères et les sœurs jouent un rôle important.

En 1988, 23 % des enfants canadiens de 6 à 12 ans (340 000) que les parents devaient faire garder sont restés seuls pendant un certain temps ou avec un frère ou une sœur de moins de 13 ans pendant que leurs parents travaillaient. Rester seuls ou se faire garder par un frère ou une sœur a été la principale forme de garde pour 7 % des enfants de 6 à 9 ans et pour 21 % des enfants de 10 à 12 ans (Lero et Johnson, 1994, p. 40).

L'accès des communautés des Premières nations aux services de garde d'enfants est limité.

Il y a peu de données nationales sur les services de garde d'enfants dans les communautés des Premières nations. Il semble toutefois que les conceptions des Autochtones soient plus globales et reposent davantage sur la famille étendue que celles de la population canadienne en général. Selon les données les plus récentes, il n'y a que 68 garderies pour plus de 1 000 communautés des Premières nations au Canada (Enquête nationale sur les services de garde des enfants de Premières nations, 1989).

Les nouveaux besoins exigent de nouveaux services.

L'offre de places dans les garderies réglementées n'a pas suivi la demande et ne répond pas au besoin de garderies accréditées. Une étude nationale réalisée en 1994 a révélé que moins de la moitié (45 %) des enfants dont les parents préfèrent les garderies accréditées allaient dans ce type de garderie. Les parents interrogés ont expliqué de diverses façons leur choix :

- Il n'y avait pas de garderies accréditées ou, s'il y en avait, elles manquaient de place (70 %).
- Les garderies accréditées coûtent trop cher (22 %).
- Les heures d'ouverture ne correspondent pas aux horaires de travail des parents (8 %) (Lero et Johnson, 1994, p. 41).

D'autres indications montrent que les garderies ne sont pas adaptées au monde du travail en évolution. La plupart étant ouvertes seulement pendant les heures « normales » de travail, il est par conséquent difficile pour les parents qui travaillent le soir ou la fin de semaine d'avoir recours à la garde non parentale (Lero et coll., 1992, p. 64).

L'emploi chez les jeunes

Le taux de chômage chez les jeunes est supérieur à celui de la population en général, même s'ils ont plus d'années de scolarité qu'autrefois. Les perspectives pour les jeunes qui ont un diplôme d'études postsecondaires sont bonnes. Toutefois, les filles qui abandonnent le secondaire ont en général plus de difficultés à se trouver du travail que les garçons qui ont fait comme elles.

Le chômage chez les jeunes augmente.

De 1989 à 1995, le nombre de jeunes de 15 à 24 ans qui travaillaient a diminué d'environ 500 000, tandis que celui des adultes a augmenté d'un million. Cette différence s'explique en grande partie par le manque d'expérience ou d'ancienneté des jeunes (DRHC, 1996, p. 3). À cause de l'informatisation accrue et de la recherche d'employés très instruits, les jeunes se voient souvent fermer des possibilités d'emplois (CCDS, 1997, p. 51).

En 1995, environ quatre personnes sur cinq détentrices d'un diplôme universitaire ou collégial en 1990 travaillaient à temps plein, dont moins de 10 % dans des postes sans lien avec leur domaine d'études.

Les conséquences de l'abandon du secondaire sont en général plus graves pour les filles que pour les garçons. D'après l'*Enquête de suivi auprès des sortants de 1995*, 30 % des filles qui ne terminent pas leur secondaire ne trouvent pas d'emploi, comparativement à 17 % pour les garçons (DRHC et Statistique Canada, 1996, p. 5). À noter, toutefois, que les deux tiers des abandons au secondaire sont le fait des garçons.

Les jeunes travaillent à temps partiel et à bas salaire.

Davantage de jeunes travaillent à temps partiel. En 1994, 40 % des adolescents (aux études ou pas) occupaient un emploi, dont 80 % à temps partiel (CCDS, 1996, p. 54). En 1996, 20 % des emplois occupés par des jeunes qui n'étudiaient pas étaient à temps partiel contre 6 % en 1976 (Statistique Canada, 1997, p. 31).

Les jeunes occupent le plus souvent des emplois peu rémunérateurs dans le secteur des services. Parmi les élèves du secondaire âgés de 15 à 18 ans qui avaient un emploi en 1995, la majorité (89 %) travaillaient dans le secteur des services, les deux tiers d'entre eux dans des dépanneurs, dans le domaine de la restauration ou dans la vente au détail (Greenon, 1998, p. 86).

En 1995, les jeunes du secondaire gagnaient en moyenne 6,66 $ l'heure, tandis que ceux qui poursuivaient des études postsecondaires gagnaient 8,13 $ l'heure (Greenon, 1998, p. 87).

Les études postsecondaires contribuent à l'employabilité.

En 1995, environ quatre personnes sur cinq détentrices d'un diplôme universitaire ou collégial en 1990 travaillaient à temps plein, dont moins de 10 % dans des postes sans lien avec leur domaine d'études. Plus des deux tiers des diplômés dans les secteurs commerciaux ou professionnels occupaient un emploi à temps plein (DRHC, 1998, p. 2). Voir la **figure 2.5**.

Le niveau d'emploi et de revenu des diplômés qui ont une formation postsecondaire est stable depuis 1982. Trois études menées par DRHC et Statistique Canada, en 1982, en 1986 et en 1990, auprès de diplômés cinq ans après l'obtention de leur diplôme, montrent que la proportion de diplômés de programmes d'études collégiales et universitaires qui avaient un emploi à temps plein est restée passablement constante (DRHC, 1998, p. 2).

2.5 Taux de chômage des jeunes de 15 à 24 ans, selon le degré de scolarité, au Canada, de 1980 à 1995

Année	Niveau élémentaire (0–8 ans)	Une partie des études secondaires ou la totalité	Une partie des études post-secondaires ou la totalité	Certificat ou diplôme post-secondaire	Grade universitaire
1980	22,2	14,0	9,3	8,7	7,0
1985	27,4	18,9	11,7	10,3	9,7
1990	25,0	14,6	9,3	8,7	6,6
1995	27,0	18,7	12,4	11,0	8,6

Source : Préparé par le Conseil canadien de développement social au moyen des chiffres de Statistique Canada (*Moyennes annuelles de la population active, années données*). Conseil canadien de développement social (1997), *Le progrès des enfants au Canada, 1997*, Ottawa, CCDS, p. 52.

Les jeunes travaillent à temps partiel et à bas salaire.

Davantage de jeunes travaillent à temps partiel. En 1994, 40 % des adolescents (aux études ou pas) occupaient un emploi, dont 80 % à temps partiel (CCDS, 1996, p. 54). En 1996, 20 % des emplois occupés par des jeunes qui n'étudiaient pas étaient à temps partiel contre 6 % en 1976 (Statistique Canada, 1997, p. 31).

Les jeunes occupent le plus souvent des emplois peu rémunérateurs dans le secteur des services. Parmi les élèves du secondaire âgés de 15 à 18 ans qui avaient un emploi en 1995, la majorité (89 %) travaillaient dans le secteur des services, les deux tiers d'entre eux dans des dépanneurs, dans le domaine de la restauration ou dans la vente au détail (Greenon, 1998, p. 86).

En 1995, les jeunes du secondaire gagnaient en moyenne 6,66 $ l'heure, tandis que ceux qui poursuivaient des études postsecondaires gagnaient 8,13 $ l'heure (Greenon, 1998, p. 87).

Les études postsecondaires contribuent à l'employabilité.

En 1995, environ quatre personnes sur cinq détentrices d'un diplôme universitaire ou collégial en 1990 travaillaient à temps plein, dont moins de 10 % dans des postes sans lien avec leur domaine d'études. Plus des deux tiers des diplômés dans les secteurs commerciaux ou professionnels occupaient un emploi à temps plein (DRHC, 1998, p. 2). Voir la **figure 2.5**.

Le niveau d'emploi et de revenu des diplômés qui ont une formation postsecondaire est stable depuis 1982. Trois études menées par DRHC et Statistique Canada, en 1982, en 1986 et en 1990, auprès de diplômés cinq ans après l'obtention de leur diplôme, montrent que la proportion de diplômés de programmes d'études collégiales et universitaires qui avaient un emploi à temps plein est restée passablement constante (DRHC, 1998, p. 2).

2.5 Taux de chômage des jeunes de 15 à 24 ans, selon le degré de scolarité, au Canada, de 1980 à 1995

Année	Niveau élémentaire (0–8 ans)	Une partie des études secondaires ou la totalité	Une partie des études post-secondaires ou la totalité	Certificat ou diplôme post-secondaire	Grade universitaire
1980	22,2	14,0	9,3	8,7	7,0
1985	27,4	18,9	11,7	10,3	9,7
1990	25,0	14,6	9,3	8,7	6,6
1995	27,0	18,7	12,4	11,0	8,6

Source : Préparé par le Conseil canadien de développement social au moyen des chiffres de Statistique Canada (*Moyennes annuelles de la population active, années données*). Conseil canadien de développement social (1997), *Le progrès des enfants au Canada, 1997*, Ottawa, CCDS, p. 52.

Emploi et autres déterminants

L'éducation

L'emploi et l'éducation influent sur la santé en général. Ainsi, plus les gens sont instruits, moins ils risquent de se retrouver sans emploi, et ce, à n'importe quel moment de leur vie. En outre, les personnes ayant moins de neuf années de scolarité occupent plus souvent des emplois peu valorisants, mal rémunérés que celles qui en comptent plus. Elles sont plus susceptibles d'occuper un emploi caractérisé par un fort taux de blessures professionnelles, de vivre des périodes de chômage et de faire appel à l'aide sociale (Chevalier et coll., 1995, cité dans Groupe d'étude des systèmes d'information sur la santé communautaire, 1995, p. 72).

L'éducation des parents est également liée à la situation relative à l'emploi et au revenu familial, puisque ceux qui ont d'excellentes qualifications professionnelles sont plus nombreux en général à occuper des emplois mieux rémunérés (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 41).

L'éducation influe sur les possibilités d'emploi des jeunes. Près de 19 % des jeunes de 15 à 24 ans ayant terminé ou non le secondaire étaient en chômage en 1995, comparativement à moins de 9 % dans le cas des diplômés universitaires. Ces taux se comparent à ceux de 1985, mais sont supérieurs à ceux de 1990 (CCDS, 1997, p. 10). Voir la **figure 2.5**.

Les adolescents qui travaillent sont moins susceptibles d'abandonner l'école. Toutefois, ceux qui travaillent plus de 20 heures par semaine risquent davantage d'abandonner tôt l'école (CCDS, 1996, p. 54). En 1993, les adolescents de 14 à 17 ans ont beaucoup contribué à accroître le revenu familial, puisqu'ils ont gagné, ensemble, plus de deux milliards de dollars (CCDS, 1996, p. 54).

Les facteurs génétiques et biologiques

Étant donné le nombre croissant d'enfants qui arrivent à l'âge adulte avec des troubles génétiques, psychiatriques et du développement, il faudra plus d'emplois adaptés à leur situation qui respectent leur dignité, leur assurent une rémunération et tiennent compte de leurs aptitudes particulières.

La culture

Il est reconnu que la culture a une incidence sur l'éducation et la profession des gens de même que celles de leur conjoint. La culture influe sur le revenu, la connaissance des structures de soutien, l'accès au soutien informel et les habiletés d'adaptation personnelles (Erickson, 1991, p. 4).

Références

Assemblées des Premières nations, Enquête nationale sur les services de garde des enfants de Premières nations. *Report of the National Inquiry into First Nations Child Care*, Summerstown (Ontario), Fraternité nationale des Indiens, 1989.

Chevalier, S., et coll. *Cité dans Indicateurs sociosanitaires : définitions et interprétations*, Groupe d'étude des systèmes d'information sur la santé communautaire, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 1995.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens*, n° de catalogue : H39-316/1994F, Ottawa, Santé Canada, 1994.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes : Annexes techniques*, n° de catalogue : H39-385/1-1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996.

Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada, 1996*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1996.

Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada, 1997*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1997.

D'Arcy, C. « Unemployment and health : Data and implications », *Revue canadienne d'hygiène publique*, 77 (1re supplément), 1986, p. 124–131.

Développement des ressources humaines Canada. *Programme, Emploi et croissance : la sécurité sociale dans le Canada de demain, document de travail*, n° de catalogue : SC-035-09-94F, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, 1994.

Développement des ressources humaines Canada. *La recherche appliquée, bulletin*, vol. 2, n° 2, 1996, p. 3–6.

Développement des ressources humaines Canada. *La recherche appliquée, bulletin*, vol. 4, n° 1, 1998, p. 1–4.

Développement des ressources humaines Canada, *Situation de la garde de jour au Canada 1995 et 1996*, n° de catalogue : H74-14/1996F, 1995–1996.

Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada. *Après le secondaire : les premières années — Le premier rapport dévoilant de l'enquête de suivi auprès des sortants, 1995*, n° de catalogue : MP78-4/12-1996, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996.

Erickson, B. *Families and the Transmission of Culture*, rapport présenté au Groupe d'étude démographique, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1991.

Fast, J.E. et J.A. Frederick. « Arrangement de travail et stress lié au manque de temps », *Tendances sociales canadiennes*, vol. 43, hiver 1996, p. 14–19, n° de catalogue : 11-008F, Ottawa, Statistique Canada.

Greenon, L. « Concilier le travail et les études » dans *Les horaires et les conditions de travail des années 90*, n° de catalogue : 71-535-MPB, n° 8, Ottawa, Statistique Canada, 1998, p. 85–89.

Gunderson, M. *Les femmes et le marché du travail canadien : transitions vers l'avenir*, n° de catalogue : 96-321-MPF, n° 2, Ottawa, Statistique Canada, 1998.

Guy, K.A. (dir.). *Notre promesse aux enfants*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1997.

Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994.

Institut Vanier de la famille. *De la table de cuisine à la table du conseil : la famille canadienne et le milieu de travail*, Ottawa, Institut Vanier de la famille, 1998.

Lero, D., et coll. *Étude nationale canadienne sur la garde des enfants : les régimes de travail des parents et leurs besoins en matière de garde des enfants*, n° de catalogue : 89-529F, Ottawa, Statistique Canada, 1992.

Lero, D.S. et K. Johnson. *110 Statistiques sur le travail et la famille au Canada*. Ottawa, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, 1994.

Marshall, K. « Concilier le travail et la famille » dans *L'emploi et le revenu en perspective*, n° de catalogue : 75-001E, Ottawa, Statistique Canada, 1994, p. 31–36.

Marshall, K. « Concilier le travail et la famille » dans *Les horaires et les conditions de travail des années 90*, n° de catalogue : 71-535-MPB, n° 8, Ottawa, Statistique Canada, 1998.

Ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables de la situation de la femme. *Indicateurs économiques de l'égalité entre les sexes*, n° de catalogue : SW21-17/1997F, Ottawa, ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables de la situation de la femme, 1997.

Ross, D.P., K. Scott et M.A. Kelly. « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 17–52.

Statistique Canada. *Scolarité, travail et activités connexes, revenu, dépenses et mobilité : Enquête auprès des peuples autochtones de 1991*, n° de catalogue : 89-534, Ottawa, Statistique Canada, cité dans *La santé des enfants du Canada , profil réalisé par l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1993.

Statistique Canada. *Le point sur la population active : Les jeunes et le marché du travail*, n° de catalogue : 71-005-XPB, Ottawa, Statistique Canada, printemps 1997.

Wescott, G., et coll. *Health Policy Implications of Unemployment*, Copenhagen, Organisation mondiale de la santé, 1985.

Chapitre

3

L'éducation

Aperçu

Le niveau d'éducation est nettement liée à la santé et aux comportements qui la favorisent. En outre, il est généralement considéré comme un important déterminant du statut socioéconomique et du revenu, deux critères décisifs en matière de santé.

De nombreux facteurs favorisent le rendement des enfants dans le système scolaire régulier. L'éducation des parents, leur engagement dans la scolarisation de leur enfant ainsi que la disposition générale de l'enfant pour l'école contribuent au rendement scolaire et à la durée de la fréquentation scolaire de l'enfant. Les jeunes qui quittent l'école trop tôt réussissent mal sur le marché du travail par rapport à ceux qui ont une formation secondaire ou universitaire.

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

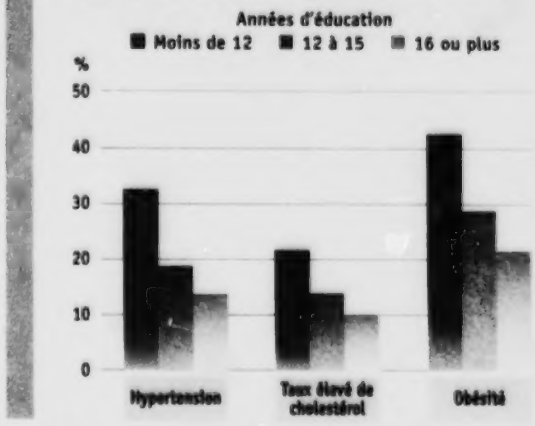
20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Rapport avec le développement sain des enfants

L'éducation est un outil pour la vie.

L'éducation favorise la santé et la prospérité en dotant les gens des connaissances et des compétences dont ils ont besoin pour résoudre les problèmes et en leur donnant le sentiment d'être maîtres de leur existence. Elle accroît aussi leur capacité d'obtenir et de comprendre l'information nécessaire pour rester en santé (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1994, p. 19). Les recherches démontrent l'existence d'un double rapport entre la santé et l'apprentissage. En effet, le mauvais rendement ou la perspective de mauvais rendement à l'école est en lien non seulement avec l'échec scolaire, mais aussi avec la délinquance, la toxicomanie et la grossesse à l'adolescence (Dryfoos, 1990, p. 94).

3.1 Proportion d'adultes de 15 ans et plus exposés à des problèmes de santé, selon le nombre d'années d'études, au Canada, en 1994–1995



Source : Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, n° de catalogue : H39-385/1996-1F, Ottawa, Santé Canada, 1996, p. 31.

L'éducation veut dire une meilleure santé.

La santé est proportionnelle à l'éducation. En général, l'augmentation du degré de scolarité entraîne une amélioration de l'évaluation que l'on fait de sa santé, de même qu'une diminution des limitations d'activité et du nombre de jours de travail perdus à cause de blessures ou de maladie. Les diplômés universitaires sont deux fois moins exposés à l'hypertension artérielle, au taux élevé de cholestérol dans le sang ou au poids excessif que ceux qui n'ont pas terminé le secondaire (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996, p. 31). Voir la **figure 3.1**. De plus, ceux qui sont plus instruits risquent moins d'être pauvres (Conseil national du bien-être social, 1998, p. 46). Voir la **figure 3.2**.

L'alphabétisation et l'âge

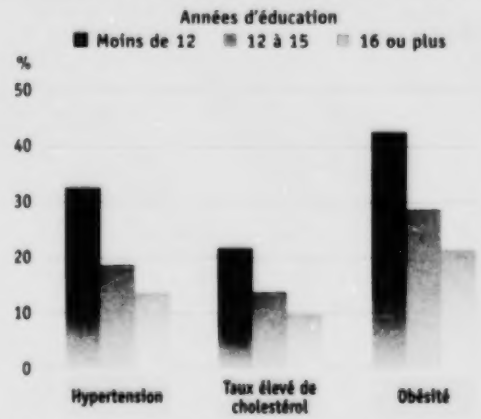
Ceux qui ont de grandes capacités de lecture et d'écriture semblent plus obtenir des emplois très payants. Une étude internationale sur l'alphabétisation des adultes réalisée en 1997 révèle un lien étroit entre l'âge et le niveau d'alphabétisation. Ce lien s'explique en grande partie par les différences dans le niveau d'éducation atteint. De plus, pour ce qui est des jeunes gens (personnes âgées entre 16 et 25 ans), l'éducation de la mère et le travail du père sont de puissants facteurs permettant de prédire le niveau d'alphabétisation qu'ils atteindront (Willms, 1997).

Rapport avec le développement sain des enfants

L'éducation est un outil pour la vie.

L'éducation favorise la santé et la prospérité en dotant les gens des connaissances et des compétences dont ils ont besoin pour résoudre les problèmes et en leur donnant le sentiment d'être maîtres de leur existence. Elle accroît aussi leur capacité d'obtenir et de comprendre l'information nécessaire pour rester en santé (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1994, p. 19). Les recherches démontrent l'existence d'un double rapport entre la santé et l'apprentissage. En effet, le mauvais rendement ou la perspective de mauvais rendement à l'école est en lien non seulement avec l'échec scolaire, mais aussi avec la délinquance, la toxicomanie et la grossesse à l'adolescence (Dryfoos, 1990, p. 94).

3.1 **Proportion d'adultes de 15 ans et plus exposés à des problèmes de santé, selon le nombre d'années d'études, au Canada, en 1994–1995**



Source : Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, n° de catalogue : H39-385/1996-1F, Ottawa, Santé Canada, 1996, p. 31.

L'éducation veut dire une meilleure santé.

La santé est proportionnelle à l'éducation. En général, l'augmentation du degré de scolarité entraîne une amélioration de l'évaluation que l'on fait de sa santé, de même qu'une diminution des limitations d'activité et du nombre de jours de travail perdus à cause de blessures ou de maladie. Les diplômés universitaires sont deux fois moins exposés à l'hypertension artérielle, au taux élevé de cholestérol dans le sang ou au poids excessif que ceux qui n'ont pas terminé le secondaire (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996, p. 31). Voir la **figure 3.1**. De plus, ceux qui sont plus instruits risquent moins d'être pauvres (Conseil national du bien-être social, 1998, p. 46). Voir la **figure 3.2**.

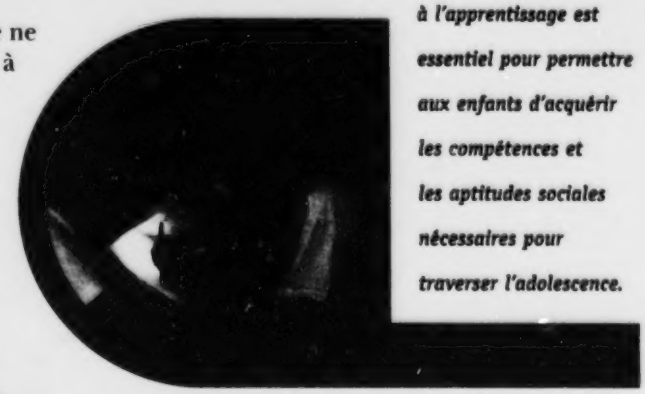
L'alphabétisation et l'âge

Ceux qui ont de grandes capacités de lecture et d'écriture semblent plus obtenir des emplois très payants. Une étude internationale sur l'alphabétisation des adultes réalisée en 1997 révèle un lien étroit entre l'âge et le niveau d'alphabétisation. Ce lien s'explique en grande partie par les différences dans le niveau d'éducation atteint. De plus, pour ce qui est des jeunes gens (personnes âgées entre 16 et 25 ans), l'éducation de la mère et le travail du père sont de puissants facteurs permettant de prédire le niveau d'alphabétisation qu'ils atteindront (Willms, 1997).

Les enfants doivent être prêts pour aller à l'école.

Il est démontré que les programmes d'intervention auprès de très jeunes enfants favorisent leurs capacités d'apprentissage, leur socialisation et leur succès scolaire, et ce, encore plus dans le cas des enfants défavorisés (Hertzman, 1996).

L'incidence de la maturité scolaire ne se limite pas au rendement scolaire ni à la socialisation précoces. Les enfants qui ont des capacités intellectuelles, émotionnelles et linguistiques adéquates ont plus tendance à rester à l'école, à terminer le secondaire, à se trouver un emploi et à contribuer au fonctionnement de la société en tant que citoyens responsables et comme contribuables (Doherty, 1996).



Un milieu propice à l'apprentissage est essentiel pour permettre aux enfants d'acquérir les compétences et les aptitudes sociales nécessaires pour traverser l'adolescence.

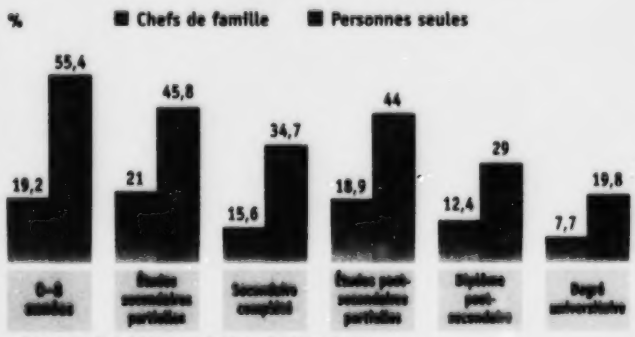
L'acquisition de compétences à l'âge préscolaire prépare l'enfant au système scolaire. Les enfants qui ne savent pas nommer les couleurs, trier des objets ni compter et qui ne connaissent pas le nom des lettres ni celui des objets usuels sont défavorisés par rapport aux autres. Les enseignants ont tendance à classer tôt les enfants selon ces habiletés (Entwistle et Alexander, 1989).

Les jeunes doivent rester à l'école.

Un milieu propice à l'apprentissage est essentiel pour permettre aux enfants d'acquérir les compétences et les aptitudes sociales nécessaires pour traverser l'adolescence. Les jeunes qui abandonnent l'école sont plus facilement défavorisés quant à l'emploi, au revenu et aux possibilités dans la vie (Statistique Canada, 1993a, p. 2–3).

Sur le plan personnel, le fait d'abandonner trop tôt l'école expose à des problèmes de santé, à la délinquance, à la criminalité, à la toxicomanie et à l'alcoolisme, à la dépendance économique et à une qualité de vie inférieure (Statistique Canada, 1993a, p. 6).

3.2 Taux de pauvreté[a] des adultes de 15 ans et plus, selon le plus haut degré de scolarité, au Canada, en 1996



a. Selon les seuils de faible revenu établis par Statistique Canada.

Source : Conseil national du bien-être social. *Profil de la pauvreté, 1996*, Ottawa, Conseil national du bien-être social, 1998, p. 47.

Conditions et tendances

L'éducation des parents

L'éducation des parents — combinée à leur revenu et à leur situation par rapport au marché du travail — influe de diverses façons sur les enfants, y compris sur leur rendement à l'école (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 41). En général, le rendement scolaire des enfants au tout début de l'école est déterminé par l'éducation de leur mère (Willms, 1996, p. 84).

Les Canadiens sont de plus en plus instruits.

Le nombre de personnes de 15 ans et plus n'ayant pas neuf années de scolarité est passé de plus de 30 % en 1971 à un peu moins de 14 % en 1991 (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996, p. 40). Voir la **figure 3.3**. En 1971, près du quart des 15 à 24 ans avaient au moins fréquenté un établissement d'enseignement post-secondaire, taux qui s'était élevé à un peu plus d'un tiers (39 %) en 1996 (Statistique Canada, 1998a).

Malgré l'augmentation constante du niveau d'éducation au cours des ans, il est plus bas chez les Autochtones que chez les autres Canadiens. Selon l'Enquête auprès des peuples autochtones en 1991, 17 % des Autochtones de 15 à 64 ans avaient moins de neuf années de scolarité, 50 % avaient terminé le secondaire et le tiers d'entre eux avaient fréquenté un établissement d'enseignement post-secondaire (Statistique Canada, 1993b, p. 2). Voir la **figure 3.4**.

Dans l'ensemble, le niveau d'éducation des femmes augmente. En 1992–1993, elles représentaient 53 % des étudiants du premier cycle, 46 % des étudiants de maîtrise à temps plein et 35 % des étudiants inscrits à temps plein au doctorat, soit une augmentation de respectivement 43 %, 27 % et 19 % par rapport à 1972–1973 (Normand, 1995, p. 19).

3.3 Population des personnes de 15 ans et plus, selon le plus haut degré de scolarité, au Canada, pour certaines années

	1976	1981	1986	1991	1996
			Nombre		
Total	16 890 350	18 609 285	19 634 100	21 304 740	22 628 925
Moins que la 9e année	4 285 390	3 851 285	3 473 640	3 051 900	2 812 015
De la 9e année à la 13e année	7 440 765	8 122 465	8 354 030	9 071 580	9 131 775
Une partie des études postsecondaires	4 077 825	5 145 355	5 927 950	6 761 505	7 684 435
Grade universitaire	1 086 370	1 490 180	1 878 480	2 419 750	3 000 695

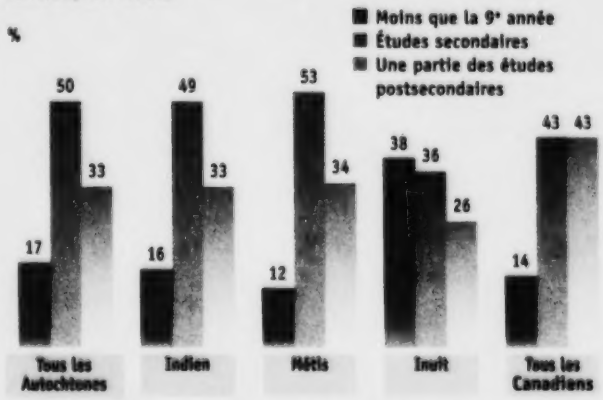
Source : Adapté du site Web de Statistique Canada : www.statcan.ca

L'éducation des parents influe sur le rendement scolaire des enfants.

Selon l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), le niveau d'éducation de la personne qui connaît le mieux l'enfant (le plus souvent la mère) est déterminant pour prédire la capacité linguistique de l'enfant à quatre ou cinq ans. de même que ses résultats en mathématiques en deuxième et en quatrième année (Willms, 1996, p. 84).

L'éducation des parents est également liée à la valeur que l'on attache à l'école dans la famille. Les parents plus instruits ont tendance à accorder plus d'importance au rendement scolaire et passent plus de temps à faire la lecture à leurs enfants et à les aider à faire leurs devoirs. En 1994–1995, la vaste majorité (83,7 %) des moins de 12 ans vivaient avec des parents ayant au moins le diplôme d'études secondaires (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 42). Voir la **figure 3.5**.

3.4 Plus haut degré de scolarité des adultes de 15 à 64 ans, parmi les Autochtones et le reste de la population au Canada, en 1991



Source : Statistique Canada. *Scolarité, travail et activités connexes, revenu dépenses et mobilité : enquête auprès des peuples autochtones de 1991, 1993.* D'après l'Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, CICH, 1994, p. 137.

Le rôle de la famille

L'engagement des parents à la préparation de leurs enfants pour l'école fournit à ceux-ci une base plus solide pour les apprentissages qu'ils feront à l'école, alors que l'intérêt soutenu des parents pour la scolarisation a un effet positif sur le rendement scolaire des enfants. Les enfants d'âge scolaire dont les parents participent à des activités comme celles de les aider à faire leurs devoirs et d'offrir leur aide en classe réussissent généralement mieux. Nous savons que :

Les enfants d'immigrants et l'éducation

Les jeunes immigrants ont souvent dû interrompre leurs études. Dans certains cas, ils sont trop vieux pour s'inscrire au système scolaire canadien et, en même temps, ils n'ont pas les diplômes nécessaires pour commencer à travailler (Multiculturalisme et Citoyenneté Canada, 1988, p. 79).

Plus de la moitié des enfants d'immigrants de 4 à 17 ans qui sont arrivés au Canada entre 1981 et 1988 ne parlaient aucune des deux langues officielles. Même si ces enfants peuvent obtenir des notes plus basses en anglais que les enfants nés au Canada, ils réussissent très bien en mathématiques (Samuel et Verma, 1992, p. 53–56).

Conditions et tendances

L'éducation des parents

L'éducation des parents — combinée à leur revenu et à leur situation par rapport au marché du travail — influe de diverses façons sur les enfants, y compris sur leur rendement à l'école (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 41). En général, le rendement scolaire des enfants au tout début de l'école est déterminé par l'éducation de leur mère (Willms, 1996, p. 84).

Les Canadiens sont de plus en plus instruits.

Le nombre de personnes de 15 ans et plus n'ayant pas neuf années de scolarité est passé de plus de 30 % en 1971 à un peu moins de 14 % en 1991 (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996, p. 40). Voir la **figure 3.3**. En 1971, près du quart des 15 à 24 ans avaient au moins fréquenté un établissement d'enseignement post-secondaire, taux qui s'était élevé à un peu plus d'un tiers (39 %) en 1996 (Statistique Canada, 1998a).

Malgré l'augmentation constante du niveau d'éducation au cours des ans, il est plus bas chez les Autochtones que chez les autres Canadiens. Selon l'Enquête auprès des peuples autochtones en 1991, 17 % des Autochtones de 15 à 64 ans avaient moins de neuf années de scolarité, 50 % avaient terminé le secondaire et le tiers d'entre eux avaient fréquenté un établissement d'enseignement post-secondaire (Statistique Canada, 1993b, p. 2). Voir la **figure 3.4**.

Dans l'ensemble, le niveau d'éducation des femmes augmente. En 1992–1993, elles représentaient 53 % des étudiants du premier cycle, 46 % des étudiants de maîtrise à temps plein et 35 % des étudiants inscrits à temps plein au doctorat, soit une augmentation de respectivement 43 %, 27 % et 19 % par rapport à 1972–1973 (Normand, 1995, p. 19).

3.3 Population des personnes de 15 ans et plus, selon le plus haut degré de scolarité, au Canada, pour certaines années

	1976	1981	1986	1991	1996
			Nombre		
Total	**16 890 350**	**18 609 285**	**19 634 100**	**21 304 740**	**22 628 925**
Moins que la 9e année	4 285 390	3 851 285	3 473 640	3 051 900	2 812 015
De la 9e année à la 13e année	7 440 765	8 122 465	8 354 030	9 071 580	9 131 775
Une partie des études postsecondaires	4 077 825	5 145 355	5 927 950	6 761 505	7 684 435
Grade universitaire	1 086 370	1 490 180	1 878 480	2 419 750	3 000 695

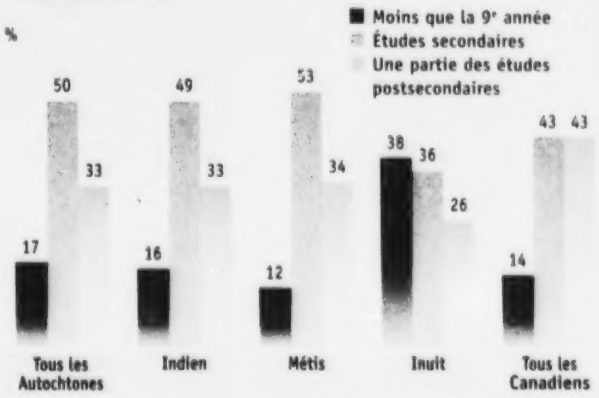
Source : Adapté du site Web de Statistique Canada : www.statcan.ca

L'éducation des parents influe sur le rendement scolaire des enfants.

Selon l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), le niveau d'éducation de la personne qui connaît le mieux l'enfant (le plus souvent la mère) est déterminant pour prédire la capacité linguistique de l'enfant à quatre ou cinq ans, de même que ses résultats en mathématiques en deuxième et en quatrième année (Willms, 1996, p. 84).

L'éducation des parents est également liée à la valeur que l'on attache à l'école dans la famille. Les parents plus instruits ont tendance à accorder plus d'importance au rendement scolaire et passent plus de temps à faire la lecture à leurs enfants et à les aider à faire leurs devoirs. En 1994–1995, la vaste majorité (83,7 %) des moins de 12 ans vivaient avec des parents ayant au moins le diplôme d'études secondaires (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 42). Voir la **figure 3.5**.

3.4 Plus haut degré de scolarité des adultes de 15 à 64 ans, parmi les Autochtones et le reste de la population au Canada, en 1991



Source : Statistique Canada. *Scolarité, travail et activités connexes, revenu dépenses et mobilité : enquête auprès des peuples autochtones de 1991, 1993.* D'après l'Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, CICH, 1994, p. 137.

Le rôle de la famille

L'engagement des parents à la préparation de leurs enfants pour l'école fournit à ceux-ci une base plus solide pour les apprentissages qu'ils feront à l'école, alors que l'intérêt soutenu des parents pour la scolarisation a un effet positif sur le rendement scolaire des enfants. Les enfants d'âge scolaire dont les parents participent à des activités comme celles de les aider à faire leurs devoirs et d'offrir leur aide en classe réussissent généralement mieux. Nous savons que :

Les enfants d'immigrants et l'éducation

Les jeunes immigrants ont souvent dû interrompre leurs études. Dans certains cas, ils sont trop vieux pour s'inscrire au système scolaire canadien et, en même temps, ils n'ont pas les diplômes nécessaires pour commencer à travailler (Multiculturalisme et Citoyenneté Canada, 1988, p. 79).

Plus de la moitié des enfants d'immigrants de 4 à 17 ans qui sont arrivés au Canada entre 1981 et 1988 ne parlaient aucune des deux langues officielles. Même si ces enfants peuvent obtenir des notes plus basses en anglais que les enfants nés au Canada, ils réussissent très bien en mathématiques (Samuel et Verma, 1992, p. 53–56).

3.5 Répartition des enfants de 0 à 11 ans, selon le degré d'instruction du père et de la mère, au Canada, en 1994–1995

Niveau d'éducation	Éducation de la mère (%)	Éducation du père (%)
Moins que le secondaire	16,3	16,3
Diplôme du secondaire	46,4	40,5
Diplôme/certificat d'une école de commerce/affaires	8,9	13,2
Grade universitaire ou collégial	28,3	29,9
Total	**100,0**	**100,0**

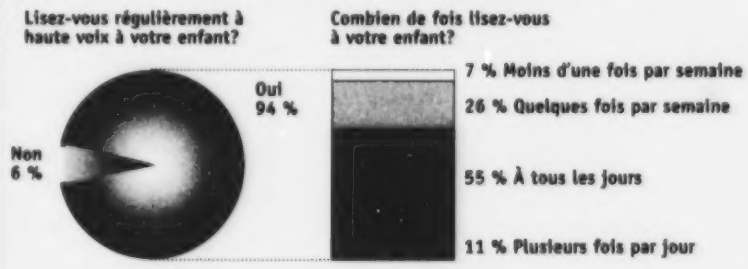
Source : D.P. Ross, K. Scott et M.A. Kelly. « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° au catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 42.

La plupart des parents préparent leurs enfants pour l'école.

En 1994–1995, les parents de plus de la moitié des nourrissons et des bébés de moins de 2 ans leur ont montré tous les jours des livres d'image, et la plupart d'entre eux (94 %) leur ont fait quotidiennement la lecture à haute voix. Voir la **figure 3.6**. Les parents de plus de 50 % des enfants de 2 à 5 ans les ont également aidés tous les jours à écrire, tandis qu'un autre 30 % l'ont fait quelques fois par semaine (CCDS, 1997, p. 46).

Les enseignants interrogés en 1994–1995 dans le cadre de l'ELNEJ ont répondu que les parents des deux tiers de leurs élèves participaient beaucoup à leur éducation, ce qui laisse supposer qu'ils jugent avoir un rôle vital à jouer dans l'apprentissage de leurs enfants (CCDS, 1997, p. 46).

3.6 Répartition des parents qui ont fait la lecture à leurs enfants de 2 à 5 ans, selon la fréquence des lectures, au Canada, en 1994



Source : Préparé par le Conseil canadien de développement social au moyen des chiffres de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes menée par Statistique Canada en 1994. D'après le Conseil canadien de développement social, *Le progrès des enfants au Canada, 1997*, Ottawa, CCDS, 1997, p. 46.

L'engagement des parents influe sur le rendement des enfants.

Les enfants dont les parents s'intéressent peu à ce qu'ils font à l'école risquent sept fois plus de redoubler une année que ceux dont les parents jugent l'éducation très importante. Les enfants qui échouent en mathématiques ont souvent des parents qui se désintéressent de leur éducation (CCDS, 1997, p. 46).

Les enfants ayant un handicap et l'éducation

En avril 1991, près de 90 % des enfants de 5 à 14 ans ayant un handicap allaient à l'école. Sur les 9 550 (3,1 %) qui ne fréquentaient pas l'école ou avaient un tuteur, 6 325 n'y étaient jamais allés et 3 225 y sont allés avant avril 1991 (ICSI, 1994, p. 158). Voir la figure 3.7.

Selon l'ELNEJ, 4 % des jeunes Canadiens de moins de 12 ans éprouvent des difficultés d'apprentissage (CCDS, 1997, p. 50). L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) estime que les difficultés d'apprentissage sont les difficultés les plus fréquentes chez les moins de 15 ans (Statistique Canada, 1994, p. xxxv) et que souvent elles ne sont pas diagnostiquées tant qu'il n'y a pas d'échec scolaire. Le taux de décrochage des enfants qui ont des difficultés d'apprentissage est de 35 %, soit deux fois plus que chez leurs pairs n'ayant pas d'handicap (Bullivant, 1997, p. 1 et 2).

La maturité scolaire

La maturité scolaire favorise le succès à l'école, aussi bien que plus tard au travail et dans les rapports sociaux. Souvent, les enfants qui réussissent à l'école sont ceux qui y arrivent « prêts à apprendre ». Ces enfants ont déjà été exposés aux livres et aux chiffres, ils ont été habitués à résoudre des problèmes et ils ont acquis les aptitudes sociales nécessaires pour s'insérer dans un groupe (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 27).

Dans l'ensemble, les enfants qui commencent l'école sont prêts à apprendre. Les enfants venant de familles à revenu plus élevé et ceux dont les parents ont plus d'éducation tendent à l'être davantage que les autres.

En avril 1991, près de 90 % des enfants de 5 à 14 ans handicapés allaient à l'école.

3.5 Répartition des enfants de 0 à 11 ans, selon le degré d'instruction du père et de la mère, au Canada, en 1994–1995

Niveau d'éducation	Éducation de la mère (%)	Éducation du père (%)
Moins que le secondaire	16,3	16,3
Diplôme du secondaire	46,4	40,5
Diplôme/certificat d'une école de commerce/affaires	8,9	13,2
Grade universitaire ou collégial	28,3	29,9
Total	**100,0**	**100,0**

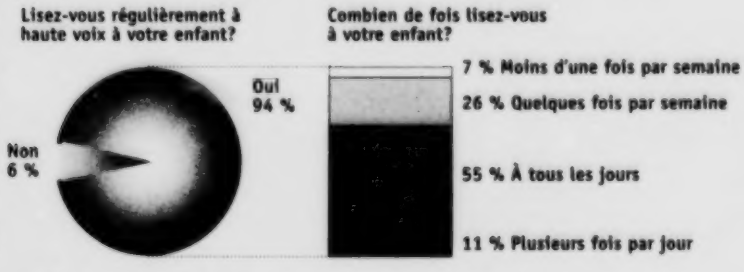
Source : D.P. Ross, K. Scott et M.A. Kelly. « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° au catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 42.

La plupart des parents préparent leurs enfants pour l'école.

En 1994–1995, les parents de plus de la moitié des nourrissons et des bébés de moins de 2 ans leur ont montré tous les jours des livres d'image, et la plupart d'entre eux (94 %) leur ont fait quotidiennement la lecture à haute voix. Voir la **figure 3.6**. Les parents de plus de 50 % des enfants de 2 à 5 ans les ont également aidés tous les jours à écrire, tandis qu'un autre 30 % l'ont fait quelques fois par semaine (CCDS, 1997, p. 46).

Les enseignants interrogés en 1994–1995 dans le cadre de l'ELNEJ ont répondu que les parents des deux tiers de leurs élèves participaient beaucoup à leur éducation, ce qui laisse supposer qu'ils jugent avoir un rôle vital à jouer dans l'apprentissage de leurs enfants (CCDS, 1997, p. 46).

3.6 Répartition des parents qui ont fait la lecture à leurs enfants de 2 à 5 ans, selon la fréquence des lectures, au Canada, en 1994



Source : Préparé par le Conseil canadien de développement social au moyen des chiffres de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes menée par Statistique Canada en 1994. D'après le Conseil canadien de développement social, *Le progrès des enfants au Canada, 1997*, Ottawa, CCDS, 1997, p. 46.

L'engagement des parents influe sur le rendement des enfants.

Les enfants dont les parents s'intéressent peu à ce qu'ils font à l'école risquent sept fois plus de redoubler une année que ceux dont les parents jugent l'éducation très importante. Les enfants qui échouent en mathématiques ont souvent des parents qui se désintéressent de leur éducation (CCDS, 1997, p. 46).

Les enfants ayant un handicap et l'éducation

En avril 1991, près de 90 % des enfants de 5 à 14 ans ayant un handicap allaient à l'école. Sur les 9 550 (3,1 %) qui ne fréquentaient pas l'école ou avaient un tuteur, 6 325 n'y étaient jamais allés et 3 225 y sont allés avant avril 1991 (ICSI, 1994, p. 158). Voir la ***figure 3.7****.*

Selon l'ELNEJ, 4 % des jeunes Canadiens de moins de 12 ans éprouvent des difficultés d'apprentissage (CCDS, 1997, p. 50). L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) estime que les difficultés d'apprentissage sont les difficultés les plus fréquentes chez les moins de 15 ans (Statistique Canada, 1994, p. xxxv) et que souvent elles ne sont pas diagnostiquées tant qu'il n'y a pas d'échec scolaire. Le taux de décrochage des enfants qui ont des difficultés d'apprentissage est de 35 %, soit deux fois plus que chez leurs pairs n'ayant pas d'handicap (Bullivant, 1997, p. 1 et 2).

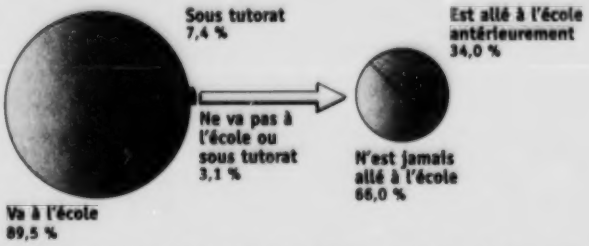
La maturité scolaire

La maturité scolaire favorise le succès à l'école, aussi bien que plus tard au travail et dans les rapports sociaux. Souvent, les enfants qui réussissent à l'école sont ceux qui y arrivent « prêts à apprendre ». Ces enfants ont déjà été exposés aux livres et aux chiffres, ils ont été habitués à résoudre des problèmes et ils ont acquis les aptitudes sociales nécessaires pour s'insérer dans un groupe (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 27).

Dans l'ensemble, les enfants qui commencent l'école sont prêts à apprendre. Les enfants venant de familles à revenu plus élevé et ceux dont les parents ont plus d'éducation tendent à l'être davantage que les autres.

En avril 1991, près de 90 % des enfants de 5 à 14 ans handicapés allaient à l'école.

3.7 Répartition des enfants de 5 à 14 ans ayant un handicap, selon qu'ils fréquentent l'école ou reçoivent l'enseignement d'un tuteur, au Canada, en avril 1991



Source : Institut canadien de la santé infantile, avec l'aide des données non publiées de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités réalisée en 1991 par Statistique Canada. D'après l'Institut canadien de la santé infantile, *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, CICH, 1994, p. 158.

3.8 Répartition des enfants de 4 à 5 ans, selon le degré de maturité scolaire des enfants[a] et d'éducation des parents[b], en 1994–1995

Résultat de l'enfant sur le EVIP[c] (4 à 5 ans)	Moins que le diplôme du secondaire (%)	Diplôme du secondaire (%)	Diplôme/certificat d'une école de commerce/d'affaires (%)	Grade/diplôme universitaire ou collégial (%)
Développement précoce	7,6[d]	10,4[d]	12,0[d]	22,5
Développement normal	57,4	73,1	72,6	66,0
Développement retardé	35,0	16,6	15,4	11,6[d]

a. Selon l'échelle de vocabulaire en images Peabody (EVIP).
b. D'après le parent qui possède le plus haut degré d'éducation (chez les familles biparentales).
c. Échelle de vocabulaire en images Peabody (EVIP).
d. Estimé moins fiable en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source : Adapté de D.P. Ross, K. Scott et M.A. Kelly. « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 28.

L'éducation et le revenu des parents ont une incidence sur la maturité scolaire.

L'ELNEJ ne montre aucune différence importante entre les garçons et les filles d'après le test de vocabulaire par l'image de Peabody, méthode de mesurer la maturité scolaire. Par contre, il y aurait des différences chez les enfants par rapport au niveau d'études des parents. La **Figure 3.8** montre que les enfants qui restent avec un ou deux parents très instruits semblent réussir mieux le test de Peabody que ceux qui vivent avec un ou deux parents n'ayant pas terminé le secondaire (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 27).

Par rapport à leurs pairs du groupe socioéconomique supérieur. les enfants du groupe inférieur sont plus souvent parmi les derniers de leur classe en lecture, en écriture et en mathématiques (Lipps et Frank, 1997).

À l'échelle nationale, le quart des enfants de familles à faible revenu présentent un retard de développement du langage, comparativement à un sur six chez les enfants de familles à revenu moyen et à moins d'un sur dix pour les familles à revenu élevé (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 47–48).

Les gouvernements provinciaux jouent un rôle.

Les compressions dans le financement des programmes de garderie dans plusieurs provinces se traduisent par une réduction du nombre d'enfants de 3 à 5 ans ayant accès à des programmes d'apprentissage préscolaires de qualité. En Ontario, le gouvernement a rendu optionnelle la fréquentation de la prématernelle, tandis que certains conseils scolaires ont annulé ce programme. Terre-Neuve a « gelé » le financement des programmes de maternelle, alors que l'Alberta a réduit le nombre d'heures du programme de maternelle de 480 à 400. La Nouvelle-Écosse, quant à elle, offre désormais des programmes de maternelle d'une demi-journée au lieu d'une journée (CCDS, 1996, p. 29).

Rester à l'école

Plus de jeunes vont à l'école. Il s'agit là d'un élément positif, car il est de plus en plus difficile pour ceux qui abandonnent le secondaire de réussir sur le marché du travail, milieu hautement compétitif.

Plus de jeunes restent à l'école.

La proportion de jeunes hommes et de jeunes femmes (âgés de 15 à 19 ans) qui fréquentent l'école augmente constamment au Canada. En 1961, 62 % des garçons et 56 % des filles allaient à l'école. En 1991, ces pourcentages étaient respectivement de 79 % et de 80 % (Normand, 1995, p. 21).

Les jeunes de 18 à 20 ans qui restent à l'école sont plus nombreux que ceux qui ne croient plus que l'école leur convienne (Statistique Canada, 1993a, p. 32).

Certaines personnes ont plus tendance que d'autres à abandonner l'école.

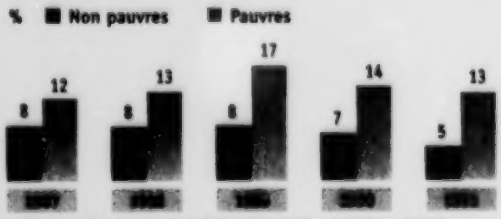
- En 1991, les jeunes vivant dans la pauvreté[1] étaient trois fois plus nombreux à décrocher que les jeunes venant d'un milieu aisé (ICSI, 1994, p. 122). Voir la **figure 3.9**.

Quant l'enfant est-il prêt pour l'école?

La maturité scolaire fait référence au moment où un enfant peut répondre aux exigences de l'école et apprendre le contenu du programme correspondant à sa classe à son entrée dans le système scolaire (Kagan, 1992). Les recherches ont cerné cinq critères de maturité scolaire :

- ***le bien-être physique et le développement moteur;***
- ***la bonne santé émotionnelle et l'accueil positif des nouvelles expériences;***
- ***les connaissances et les compétences sociales;***
- ***les habiletés langagières;***
- ***les connaissances générales et l'habileté intellectuelle (Kagan, 1992, p. 50).***

3.9 Taux de décrochage scolaire des jeunes de 16 et 17 ans, vivant ou non dans la pauvreté[a], au Canada, de 1987 à 1991

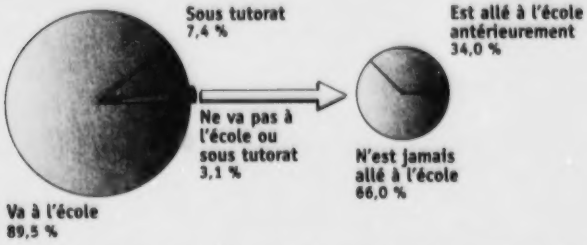


a. Jeunes vivant sous les seuils de faible revenu établis par Statistique Canada.

Source : Conseil canadien de développement social, Centre de statistiques internationales sur le bien-être social et économique des familles et des enfants, bulletin n° 1, juillet 1993. D'après l'Institut canadien de la santé infantile, *La santé des enfants du Canada : profil réalisé par l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, CICH, 1994, p. 122.

1. Selon l'ICSI, l'enfant pauvre est celui qui vit dans une famille dont le revenu total est inférieur au seuil de faible revenu établi par Statistique Canada.

3.7 Répartition des enfants de 5 à 14 ans ayant un handicap, selon qu'ils fréquentent l'école ou reçoivent l'enseignement d'un tuteur, au Canada, en avril 1991



Source : Institut canadien de la santé infantile, avec l'aide des données non publiées de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités réalisée en 1991 par Statistique Canada. D'après l'Institut canadien de la santé infantile, *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, CICH, 1994, p. 158.

3.8 Répartition des enfants de 4 à 5 ans, selon le degré de maturité scolaire des enfants[a] et d'éducation des parents[b], en 1994–1995

Résultat de l'enfant sur le EVIP[c] (4 à 5 ans)	Moins que le diplôme du secondaire (%)	Diplôme du secondaire (%)	Diplôme/certificat d'une école de commerce/d'affaires (%)	Grade/diplôme universitaire ou collégial (%)
Développement précoce	7,6[d]	10,4[d]	12,0[d]	22,5
Développement normal	57,4	73,1	72,6	66,0
Développement retardé	35,0	16,6	15,4	11,6[d]

a. Selon l'échelle de vocabulaire en images Peabody (EVIP).
b. D'après le parent qui possède le plus haut degré d'éducation (chez les familles biparentales).
c. Échelle de vocabulaire en images Peabody (EVIP).
d. Estimé moins fiable en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source : Adapté de D.P. Ross, K. Scott et M.A. Kelly. « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 28.

L'éducation et le revenu des parents ont une incidence sur la maturité scolaire.

L'ELNEJ ne montre aucune différence importante entre les garçons et les filles d'après le test de vocabulaire par l'image de Peabody, méthode de mesurer la maturité scolaire. Par contre, il y aurait des différences chez les enfants par rapport au niveau d'études des parents. La **Figure 3.8** montre que les enfants qui restent avec un ou deux parents très instruits semblent réussir mieux le test de Peabody que ceux qui vivent avec un ou deux parents n'ayant pas terminé le secondaire (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 27).

Par rapport à leurs pairs du groupe socioéconomique supérieur. les enfants du groupe inférieur sont plus souvent parmi les derniers de leur classe en lecture, en écriture et en mathématiques (Lipps et Frank, 1997).

À l'échelle nationale, le quart des enfants de familles à faible revenu présentent un retard de développement du langage, comparativement à un sur six chez les enfants de familles à revenu moyen et à moins d'un sur dix pour les familles à revenu élevé (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 47–48).

Les gouvernements provinciaux jouent un rôle.

Les compressions dans le financement des programmes de garderie dans plusieurs provinces se traduisent par une réduction du nombre d'enfants de 3 à 5 ans ayant accès à des programmes d'apprentissage préscolaires de qualité. En Ontario, le gouvernement a rendu optionnelle la fréquentation de la prématernelle, tandis que certains conseils scolaires ont annulé ce programme. Terre-Neuve a « gelé » le financement des programmes de maternelle, alors que l'Alberta a réduit le nombre d'heures du programme de maternelle de 480 à 400. La Nouvelle-Écosse, quant à elle, offre désormais des programmes de maternelle d'une demi-journée au lieu d'une journée (CCDS, 1996, p. 29).

Rester à l'école

Plus de jeunes vont à l'école. Il s'agit là d'un élément positif, car il est de plus en plus difficile pour ceux qui abandonnent le secondaire de réussir sur le marché du travail, milieu hautement compétitif.

Plus de jeunes restent à l'école.

La proportion de jeunes hommes et de jeunes femmes (âgés de 15 à 19 ans) qui fréquentent l'école augmente constamment au Canada. En 1961, 62 % des garçons et 56 % des filles allaient à l'école. En 1991, ces pourcentages étaient respectivement de 79 % et de 80 % (Normand, 1995, p. 21).

Les jeunes de 18 à 20 ans qui restent à l'école sont plus nombreux que ceux qui ne croient plus que l'école leur convienne (Statistique Canada, 1993a, p. 32).

Certaines personnes ont plus tendance que d'autres à abandonner l'école.

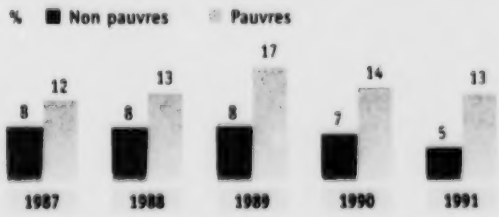
- En 1991, les jeunes vivant dans la pauvreté[1] étaient trois fois plus nombreux à décrocher que les jeunes venant d'un milieu aisé (ICSI, 1994, p. 122). Voir la **figure 3.9**.

Quant l'enfant est-il prêt pour l'école?

La maturité scolaire fait référence au moment où un enfant peut répondre aux exigences de l'école et apprendre le contenu du programme correspondant à sa classe à son entrée dans le système scolaire (Kagan, 1992). Les recherches ont cerné cinq critères de maturité scolaire :

- ***le bien-être physique et le développement moteur;***
- ***la bonne santé émotionnelle et l'accueil positif des nouvelles expériences;***
- ***les connaissances et les compétences sociales;***
- ***les habiletés langagières;***
- ***les connaissances générales et l'habileté intellectuelle (Kagan, 1992, p. 50).***

3.9 Taux de décrochage scolaire des jeunes de 16 et 17 ans, vivant ou non dans la pauvreté[a], au Canada, de 1987 à 1991



a. Jeunes vivant sous les seuils de faible revenu établis par Statistique Canada.

Source : Conseil canadien de développement social, Centre de statistiques internationales sur le bien-être social et économique des familles et des enfants, bulletin n^{O} 1, juillet 1993. D'après l'Institut canadien de la santé infantile, *La santé des enfants du Canada : profil réalisé par l'ICSI*, 2^{e} édition, Ottawa, CICH, 1994, p. 122.

1. Selon l'ICSI, l'enfant pauvre est celui qui vit dans une famille dont le revenu total est inférieur au seuil de faible revenu établi par Statistique Canada.

Le nombre de femmes en première année de médecine augmente régulièrement.

La barrière qu'impose le sexe

Les jeunes femmes sont encore sous-représentées dans les cours de sciences physiques, comme la physique et la chimie, et dans les programmes de premier cycle en génie et en sciences appliquées. Dans les 15 principaux métiers, seulement 1 % des apprentis inscrits en 1992 étaient des femmes.

Dans les collèges communautaires, les femmes représentaient, en 1991–1992, seulement 32 % des inscriptions dans les programmes de sciences naturelles ou axés sur l'industrie primaire, 30 % dans les programmes de mathématiques et d'informatique, et 12 % en génie et autres technologies. Par comparaison, elles représentaient 96 % des inscriptions en techniques de secrétariat, 89 % en soins infirmiers et 90 % en éducation et en counselling (Statistique Canada, 1995, p. 63–64).

Le nombre de femmes en première année de médecine augmente régulièrement. En 1996–1997, elles constituaient 50,5 % des inscriptions à la première année, alors qu'elles n'en représentaient que 45,5 % en 1990–1991, 40 % en 1980–1981 et 21 % en 1970–1971 (Association des facultés de médecine du Canada, 1997, tableau 18).

- En 1991, le taux de décrochage des jeunes de 20 ans était de 22 % chez les garçons et de 14 % chez les filles (Statistique Canada, 1993a, p. 17).

- Le taux de jeunes Autochtones à quitter tôt l'école était particulièrement élevé; en réalité, 40 % de tous les jeunes de 18 à 20 de ce groupe ont abandonné le secondaire (Statistique Canada, 1993a, p. 27).

- Le taux de décrochage parmi les enfants ayant des difficultés d'apprentissage (le problème chronique le plus fréquent chez les moins de 15 ans) est de 35 % (Bullivant, 1997, p. 1 et 2).

- En général, les jeunes décrocheurs ne vivent avec aucun de leurs parents, proviennent de familles monoparentales, ont des parents peu instruits ou occupant un emploi d'ouvrier, sont mariés, ont des enfants ou ont un handicap (Statistique Canada, 1993a, p. 29).

Le nombre de femmes en première année de médecine augmente régulièrement.

La barrière qu'impose le sexe

Les jeunes femmes sont encore sous-représentées dans les cours de sciences physiques, comme la physique et la chimie, et dans les programmes de premier cycle en génie et en sciences appliquées. Dans les 15 principaux métiers, seulement 1 % des apprentis inscrits en 1992 étaient des femmes.

Dans les collèges communautaires, les femmes représentaient, en 1991–1992, seulement 12 % des inscriptions dans les programmes de sciences naturelles ou axés sur l'industrie primaire, 30 % dans les programmes de mathématiques et d'informatique, et 12 % en génie et autres technologies. Par comparaison, elles représentaient 96 % des inscriptions en techniques de secrétariat, 89 % en soins infirmiers et 90 % en éducation et en counselling (Statistique Canada, 1995, p. 63–84).

Le nombre de femmes en première année de médecine augmente régulièrement. En 1996–1997, elles constituaient 50,8 % des inscriptions à la première année, alors qu'elles n'en représentaient que 45,8 % en 1990–1991, 40 % en 1980–1981 et 21 % en 1970–1971 (Association des facultés de médecine du Canada, 1997, tableau 18).

- En 1991, le taux de décrochage des jeunes de 20 ans était de 22 % chez les garçons et de 14 % chez les filles (Statistique Canada, 1993a, p. 17).

- Le taux de jeunes Autochtones à quitter tôt l'école était particulièrement élevé; en réalité, 40 % de tous les jeunes de 18 à 20 de ce groupe ont abandonné le secondaire (Statistique Canada, 1993a, p. 27).

- Le taux de décrochage parmi les enfants ayant des difficultés d'apprentissage (le problème chronique le plus fréquent chez les moins de 15 ans) est de 35 % (Bullivant, 1997, p. 1 et 2).

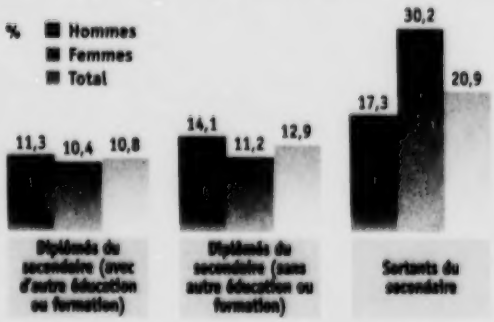
- En général, les jeunes décrocheurs ne vivent avec aucun de leurs parents, proviennent de familles monoparentales, ont des parents peu instruits ou occupant un emploi d'ouvrier, sont mariés, ont des enfants ou ont un handicap (Statistique Canada, 1993a, p. 29).

Le décrochage scolaire coûte cher.

D'après une étude réalisée en 1992, le coût à vie du décrochage scolaire en 1989 représenterait l'équivalent de quatre milliards de dollars pour les contribuables canadiens (Lafleur, 1992).

Les jeunes filles qui ne terminent pas le secondaire sont plus susceptibles que les garçons de leur âge de se retrouver sans emploi. De fait, 30 % des décrocheuses étaient sans emploi en 1995, contre 17 % pour les décrocheurs (DRHC et Statistique Canada, 1996, p. 5). Voir la **figure 3.10**.

3.10 Taux de chômage parmi les jeunes ayant terminé ou non le secondaire, par sexe, au Canada, en 1995



Source : Adapté de Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada. *Après le secondaire : les premières années — Le premier rapport découlant de l'enquête de suivi auprès des sortants, 1995*, n° de catalogue : MP78-4/12-1996. Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 5.

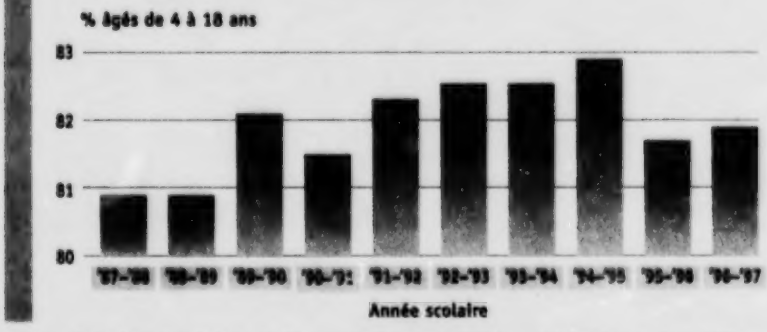
Plus d'enfants autochtones vivant dans les réserves fréquentent l'école.

Le nombre d'enfants vivant dans les réserves inscrits à la maternelle, au primaire et au secondaire a augmenté de 33 % entre 1987–1988 et 1996–1997, passant de 84 271 à 112 060 (MAINC, 1998, p. 30).

Le pourcentage d'enfants indiens de plein droit d'âge scolaire vivant dans les réserves qui étaient inscrits à la maternelle, au primaire et au secondaire a peu augmenté. Il est passé de 80,9 % en 1987–1988 à 82 % en 1996–1997 (MAINC, 1998, p. 30). Voir la **figure 3.11**.

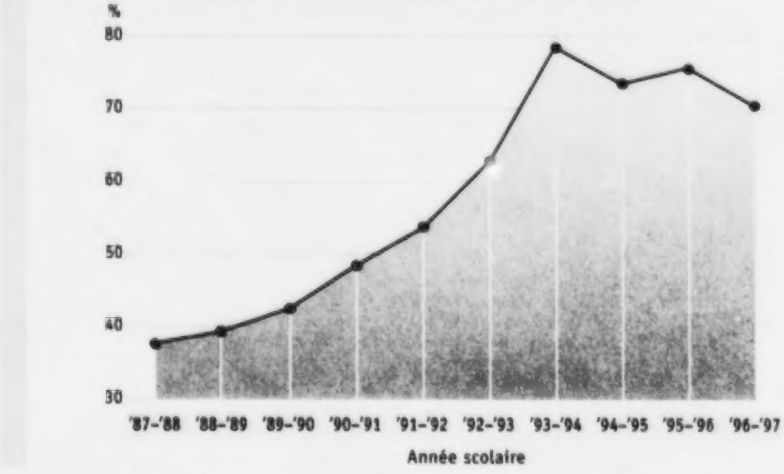
Par ailleurs, les enfants vivant dans les réserves vont à l'école plus longtemps. La proportion de ceux qui restent à l'école jusqu'en douzième année a presque doublé entre 1987–1988 (37 %) et 1996–1997 (71 %) (MAINC, 1998, p. 31). Voir la **figure 3.12**.

3.11 Proportion d'Indiens de plein droit de 4 à 18 ans vivant dans les réserves inscrits à la maternelle, à l'élémentaire et au secondaire, au Canada, de 1987–1988 à 1996–1997



Source : Ministère des Affaires indiennes et du Nord. *Données ministérielles de base 1997*, QS3575-000-BB-A1, n° de catalogue, R12-7/1997, Ottawa, MAINC, 1998, p. 30.

3.12 Proportion de jeunes des réserves qui sont restés à l'école jusqu'en douzième année, au Canada, de 1987–1988 à 1996–1997



Source : Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. *Données ministérielles de base 1997*, QS-3575-000-BB-A1, n° au catalogue : R12-7/1997, Ottawa, MAINC, 1998, p. 31.

Le nombre d'inscriptions à l'université diminue faiblement.

De 1993 à 1996, le nombre d'inscriptions d'étudiants à temps plein à l'université a diminué chez lez hommes, passant de 272 644 en 1993–1994 à 260 436 en 1997–1998, alors qu'il augmenté régulièrement chez les femmes, passant de 301 670 en 1993–1994 à 312 663 en 1997–1998 (Statistique Cananda, 1998c).

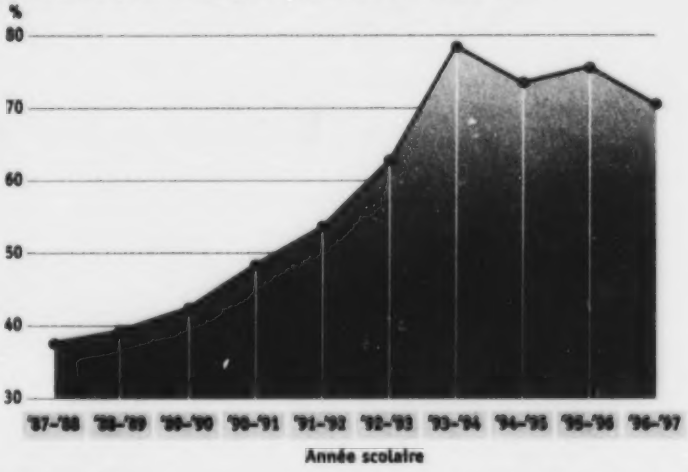
Pour ce qui est des Indiens de plein droit et des Inuits, la situation est différente. Le nombre d'étudiants inscrits dans des établissements post-secondaires a presque doublé entre 1987–1988 et 1996–1997, passant de 14 242 à 27 487. En 1996–1997, il y a eu 304 nouvelles inscriptions par rapport à l'année précédente (MAINC, 1998, p. 32).

Les frais d'inscription à l'université

Ces dix dernières années, toutes les provinces ont haussé les frais d'inscription à l'université afin de compenser les compressions financières. Les étudiants sont donc plus nombreux à demander de l'aide financière dans le cadre des programmes de prêts d'études fédéraux et provinciaux, d'où l'augmentation de la dette moyenne contractée au cours de quatre années d'études, qui est passée de 8 700 $ en 1990 à 22 000 $ en 1997. L'accès aux études postsecondaires risque, par conséquent, d'être limité par la hausse des coûts et la crainte de l'endettement (CCDS, 1997, p. 49).

Le taux d'inscription dans les programmes de premier cycle des universités canadiennes a baissé ces cinq dernières années (de 8,6 % entre 1992–1993 et 1997–1998), baisse entièrement attribuable à la chute abrupte du taux d'inscription à temps partiel. Le taux d'inscription à temps plein au premier cycle est toutefois stable (Statistique Canada, 1998c).

3.12 Proportion de jeunes des réserves qui sont restés à l'école jusqu'en douzième année, au Canada, de 1987–1988 à 1996–1997



Source : Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. *Données ministérielles de base 1997*, QS-3575-000-BB-A1, nº au catalogue : R12-7/1997, Ottawa, MAINC, 1998, p. 31.

Le nombre d'inscriptions à l'université diminue faiblement.

De 1993 à 1996, le nombre d'inscriptions d'étudiants à temps plein à l'université a diminué chez lez hommes, passant de 272 644 en 1993–1994 à 260 436 en 1997–1998, alors qu'il augmenté régulièrement chez les femmes, passant de 301 670 en 1993–1994 à 312 663 en 1997–1998 (Statistique Cananda, 1998c).

Pour ce qui est des Indiens de plein droit et des Inuits, la situation est différente. Le nombre d'étudiants inscrits dans des établissements post-secondaires a presque doublé entre 1987–1988 et 1996–1997, passant de 14 242 à 27 487. En 1996–1997, il y a eu 304 nouvelles inscriptions par rapport à l'année précédente (MAINC, 1998, p. 32).

Les frais d'inscription à l'université

Au cours des dernières années, toutes les provinces ont haussé les frais d'inscription à l'université afin de compenser les compressions financières. Les étudiants sont donc plus nombreux à demander de l'aide financière dans le cadre des programmes de prêts d'études fédéraux et provinciaux. Cet accroissement de la dette moyenne contractée au cours de quatre années d'études, qui est passée de 8 700 $ en 1990 à 12 000 $ en 1997, [illegible] d'être limité par la hausse des coûts et la montée du chômage (CCPE, 1997, p. 49).

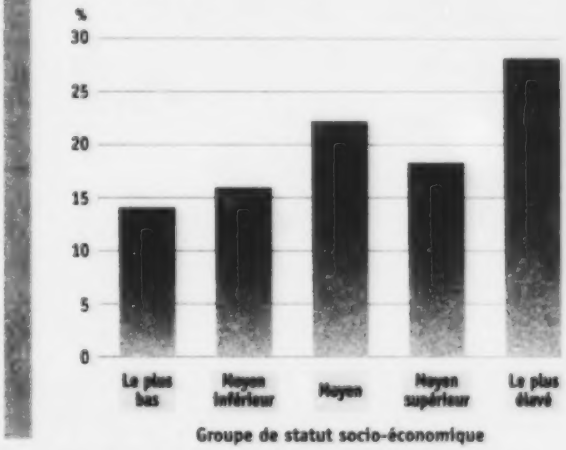
Le taux d'inscription dans les programmes de premier cycle des universités canadiennes a baissé au cours des dernières années (de 8,4 % entre 1992–1993 et 1997–1998), baisse entièrement attribuable à la chute abrupte du taux d'inscription à temps partiel. Le taux d'inscription à temps plein au premier cycle est remonté (Statistique Canada, 1998c).

Éducation et autres déterminants

Le revenu

Eu égard au statut socioéconomique, les résultats des évaluations en classe de l'aptitude à lire, à écrire et à compter montrent que les enfants des familles du quintile inférieur réussissent moins bien que les enfants des familles du quintile supérieur. Ils montrent, en outre, que les élèves des écoles primaires issus de familles à faible revenu ont, selon le critère socioéconomique, trois fois plus de chance de se retrouver dans des classes d'orthopédagogie et deux fois plus de redoubler une année, alors que ceux vivant dans des familles à statut socioéconomique élevé sont deux fois plus nombreux à bénéficier de programmes pour enfants doués (Lipps et Frank, 1997, p. 56). Voir la **figure 3.13**. Une autre étude a démontré que le fait de grandir dans la pauvreté, en permanence ou pendant une certaine période, est un facteur d'échec scolaire. qui entraîne l'absentéisme et l'abandon scolaires, des problèmes de comportement et la délinquance (Evans, 1995, p. 22–27).

3.13 Proportion d'enfants de 4 à 11 ans figurant parmi les 20 % qui ont obtenu les meilleurs résultats aux tests d'évaluation en mathématiques, selon le groupe socio-économique, au Canada, en 1994–1995



Source : G. Lipps et J. Frank. « L'enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994–1995 : premiers résultats de la composante scolaire », *Revue trimestrielle de l'éducation*, vol. 4, n° 2, 1997, p. 43–57, n° de catalogue : 81-003-XPB, Ottawa, Statistique Canada, p. 56.

Selon une étude réalisée en 1998, le taux de pauvreté des familles monoparentales dirigées par une mère qui n'a pas son diplôme d'études secondaires est de 87,2 %, soit la plus forte proportion chez ceux qui n'ont pas terminé le secondaire. Le taux de pauvreté des mères chefs de famille monoparentale qui ont leur secondaire est de 51,8 %, taux encore le plus élevé, quel que soit le type de famille (Conseil national du bien-être social, 1998, p. 47).

Les chiffres démontrent que les gens qui ont moins de neuf années de scolarité ont en général un emploi peu valorisant, mal rémunéré. Il semble qu'ils occupent aussi un emploi présentant un taux élevé de blessures professionnelles, qu'ils traversent des périodes de chômage et qu'ils doivent compter sur l'aide sociale (Chevalier et coll., 1995, cité dans Groupe d'étude des systèmes d'information sur la santé communautaire, 1995, p. 72).

L'emploi

D'après une étude de 1995, les jeunes de 22 à 24 ans qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires risquent davantage de chômer que ceux qui détiennent un diplôme. Le taux de chômage chez ces jeunes est de 21 % par rapport à 13 % pour ceux qui ont leur diplôme d'études secondaires, mais qui n'ont pas poursuivi leurs études. Ceux qui ont un diplôme d'études secondaires et qui ont poursuivi leurs études ont le taux de chômage le plus bas (11 %) (DRHC et Statistique Canada, 1996, p. 5).

L'environnement social

Le milieu familial semble jouer un rôle important dans la préparation des enfants à l'école. Selon l'ELNEJ, les enfants qui reçoivent une éducation parentale positive obtiennent des résultats normaux et supérieurs aux tests visant à déterminer leur maturité scolaire (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 48).

L'inscription des Indiens des réserves et le contrôle de l'éducation par les Premières nations

Selon les données du gouvernement fédéral, l'engagement du gouvernement à accroître le pouvoir des Premières nations sur l'éducation dans les réserves se reflète dans la tendance à s'inscrire. La proportion d'enfants inscrits dans les écoles primaires et secondaires gérées par une bande augmente, tandis que la proportion de ceux qui sont inscrits dans des écoles administrées par le gouvernement fédéral ou d'autres autorités est à la baisse. Ainsi :

- ***La proportion d'enfants inscrits dans des écoles gérées par une bande est passée de 31,4 % en 1987–1988 à 57,3 % en 1996–1997.***
- ***La proportion d'enfants inscrits dans des écoles administrées par le gouvernement fédéral est tombée à moins de 2 % en 1996–1997 par rapport à 20,6 % en 1987–1988.***
- ***La proportion d'élèves inscrits dans des écoles provinciales ou privées est passée de 48 % en 1987–1988 à 41 % en 1996–1997 (MAINC, 1998, p. 36).***

L'emploi

D'après une étude de 1995, les jeunes de 22 à 24 ans qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires risquent davantage de chômer que ceux qui détiennent un diplôme. Le taux de chômage chez ces jeunes est de 21 % par rapport à 13 % pour ceux qui ont leur diplôme d'études secondaires, mais qui n'ont pas poursuivi leurs études. Ceux qui ont un diplôme d'études secondaires et qui ont poursuivi leurs études ont le taux de chômage le plus bas (11 %) (DRHC et Statistique Canada, 1996, p. 5).

L'environnement social

Le milieu familial semble jouer un rôle important dans la préparation des enfants à l'école. Selon l'ELNEJ, les enfants qui reçoivent une éducation parentale positive obtiennent des résultats normaux et supérieurs aux tests visant à déterminer leur maturité scolaire (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 48).

L'inscription des Indiens des réserves et le contrôle de l'éducation par les Premières nations

Selon les données du gouvernement fédéral, l'engagement du gouvernement à accroître le pouvoir des Premières nations sur l'éducation dans les réserves se reflète dans la tendance à s'inscrire. La proportion d'enfants inscrits dans les écoles primaires et secondaires gérées par une bande augmente, tandis que la proportion de ceux qui sont inscrits dans des écoles administrées par le gouvernement fédéral ou d'autres autorités est à la baisse. Ainsi :

- *La proportion d'enfants inscrits dans des écoles gérées par une bande est passée de 31,4 % en 1987–1988 à 57,3 % en 1996–1997.*
- *La proportion d'enfants inscrits dans des écoles administrées par le gouvernement fédéral est tombée à moins de 2 % en 1996–1997 par rapport à 10,6 % en 1987–1988.*
- *La proportion d'élèves inscrits dans des écoles provinciales ou privées est passée de 48 % en 1987–1988 à 41 % en 1996–1997 (MAINC, 1998, p. 16).*

Références

Association des facultés de médecine du Canada. *Canadian Medical Education Statistics*, 1997, vol. 19.

Bullivant, G. « Editors Comments », *The National* (Spring 1997), Ottawa, Troubles d'apprentissage — Association canadienne, 1997.

Chevalier, S., et coll. Cité dans *Indicateurs sociosanitaires : définitions et interprétations*, Ottawa, Groupe d'étude des systèmes d'information sur la santé communautaire, Institut canadien d'information sur la santé, 1995.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens*, n° de catalogue : H39-316/1994F, Ottawa, Santé Canada, 1994.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, n° de catalogue : H39-385/1996-1F, Ottawa, Santé Canada, 1996.

Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada, 1996*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1996.

Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada, 1997*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1997.

Conseil national du bien-être social. *Profil de la pauvreté, 1996*, Ottawa, Conseil national du bien-être social, 1998.

Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada. *Après le secondaire : les premières années — Le premier rapport découlant de l'enquête de suivi auprès des sortants, 1995*, n° de catalogue : MP78-4/12-1996, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996.

Doherty, G. *De la conception à six ans : les fondements de la préparation à l'école*, n° de catalogue : R-97-8F, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, 1996.

Dryfoos, J.G. *Adolescents at Risk: Prevalence and Prevention*, New-York, Oxford University Press, 1990.

Entwistle, D.R. et K.L. Alexander. « Early Schooling as a "Critical Period" Phenomenon », *Research in Sociology of Education and Socialization*, vol. 8, 1989, p. 27–55.

Evans, P. *Les enfants et adolescents « à risque »*, 1995, d'après Organisation de Coopération et de Développement Économiques « Les enfants à risque » Paris, Organisation de Coopération et de Développement Économiques, 1995, p. 13–53.

Hertzman, C. *Child Development and Long-Term Outcomes: A Population Health Perspective and Summary of Successful Interventions*, document de travail n° 4, Toronto, Institut canadien des recherches avancées, 1996.

Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994.

Kagan, S.L. « Readiness Past, Present and Future: Shaping the Agenda », *Young Children*, novembre 1992, p. 48–53.

Lafleur, B. « Dropping Out: The Cost to Canada », rapport du Conference Board of Canada, n° 83-92E. Cité par S. Davidson et I.G. Manion. « Facing the Challenge: Mental Health and Illness in Canadian Youth », *Psychology, Health and Medicine*, vol. 1, n° 1, 1996, p. 41–56.

Lipps, G. et J. Frank. « L'enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994–1995 : premiers résultats de la composante scolaire », *Revue trimestrielle de l'éducation*, vol. 4, n° 2, 1997, p. 43–57, n° de catalogue : 81-003-XPB, Ottawa, Statistique Canada.

Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. *Données ministérielles de base 1997*, QS-3575-000-BB-A1, n° de catalogue : R12-7/1997, Ottawa, MAINC, 1998.

Multiculturalisme et Citoyenneté Canada. *Puis ... la porte s'est ouverte : problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés*, n° de catalogue : Ci96-38/1988F, Ottawa, Multiculturalisme et Citoyenneté Canada, 1988.

Normand, J. « L'education des femmes au Canada », *Tendances sociales canadiennes*, vol. 39 (hiver 1995), p. 18–22, n° de catalogue : 11-008F, Ottawa, Statistique Canada, 1995.

Ross, D.P., K. Scott et M.A. Kelly. « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 17–52.

Samuel, J. et R.B.P. Verma. « Immigrant Children in Canada: A Demographic Analysis », *Canadian Ethnic Studies*, vol. 24, n° 3, 1992, p. 51–57.

Statistique Canada. *Après l'école : résultats d'une enquête nationale comparent les sortants de l'école aux diplômés d'études secondaires âges de 18 à 20 ans*, n° de catalogue : LM294-07-93F, Ottawa, Statistique Canada, 1993a.

Statistique Canada. *Scolarité, travail et activités connexes, revenu, dépenses et mobilité, enquête auprès des peuples autochtones de 1991*, n° de catalogue : 89-534, Ottawa, Statistique Canada, 1993b.

Statistique Canada. *Characteristiques choisies des personnes ayant une incapacité et vivant dans un ménage : enquête sur la santé et les limitations d'activités au Canada*, n° de catalogue : 82-555, Ottawa, Statistique Canada, 1994.

Statistique Canada. *Portrait statistiques des femmes au Canada*, n° de catalogue : 89-503F, Ottawa, Statistique Canada, 1995.

Statistique Canada. *Le Quotidien*, 12 mai 1998a.

Statistique Canada. *Le Quotidien*, 14 octobre 1998b.

Statistique Canada. Site internet de Statistique Canada : http://www.statcan.ca/english/Pgdb/People/ educat.htm. 1998c.

Willms, J.D. « Indicateurs de la performance en mathématiques dans les écoles primaires du Canada » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes.* n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 79–94.

Willms, J.D. *Les capacités de lecture des jeunes Canadiens : enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*, n° de catalogue : 89-552-MPF, n° 1, Ottawa, Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, 1997.

Chapitre

4

L'environnement social

Aperçu

Les relations que nous entretenons tout au long de notre vie, y compris le soutien reçu de notre famille, de nos amis et de la communauté, sont directement associées à l'état de santé générale. Les réactions efficaces au stress et un soutien de la famille et des amis semblent servir de tampon contre les problèmes de santé. Par contre, des études ont révélé qu'un soutien affectif pauvre et une faible participation à la vie sociale ont des effets négatifs sur la santé et le bien-être.

Les soutiens primaires (la famille et les amis) et les soutiens secondaires (l'école et la communauté) contribuent de façon significative au développement sain de l'enfant et de l'adolescent. Les parents eux-mêmes ont besoin de l'appui du milieu pour élever leurs enfants. Pour aider les parents à composer avec le stress lié au fait d'élever des enfants, le soutien de la famille, des amis et des voisins devient important.

Un milieu sécuritaire et exempt de violence, à l'intérieur duquel les enfants et les jeunes peuvent vivre, apprendre et grandir, est crucial pour qu'ils puissent se développer de façon optimale. Cependant, au Canada, un grand nombre d'hommes, de femmes et d'enfants vivent dans la violence ou dans la crainte de la violence. Les mauvais traitements et la violence envers les enfants ont des conséquences dévastatrices à long terme chez les enfants et engendrent d'énormes coûts économiques et sociaux pour la société.

Rapport avec le développement sain des enfants

Un solide soutien familial et social protège les enfants.

Le soutien social accordé aux enfants est déterminé par les expériences que ces derniers vivent avec leurs parents et ceux qui leur dispensent des soins, la façon dont leur famille fonctionne, la structure de toute leur communauté et d'autres composantes sociales.

Il est reconnu que les enfants ont besoin d'une relation significative et continue avec au moins un adulte aimant. D'autres facteurs contribuent à la santé et au bien-être des enfants, dont le fait que les adultes attendent beaucoup des enfants et expriment la confiance qu'ils ont en leurs capacités et qu'ils les reconnaissent comme des participants importants dans la vie et le travail de leur école, de leur famille et de la communauté (Benard, 1991).

Une éducation positive amorcée dès le jeune âge a des répercussions tout au long de la vie. Les enfants qui jouissent d'une solide sécurité affective, acquise grâce à des soins tendres et attentifs, ont plus de chance de développer des relations personnelles durables plus tard dans la vie (Guy, 1997, p. 74).

Un manque de soutien social a des répercussions négatives.

Tout comme un réseau de soutien stable contribue au développement sain de l'enfant, un soutien social déficient peut être très préjudiciable aux enfants et à leur famille. Par exemple, les enfants dont la vie de famille est perturbée, pour qui les relations chaleureuses font défaut, peuvent subir les conséquences d'une pauvre connaissance sociale. En retour, ces enfants peuvent avoir des difficultés à maintenir des relations interpersonnelles stables et épanouissantes (Guy, 1997, p. 72–73).

L'école et la communauté ont un rôle à jouer.

Les réseaux secondaires de soutien comprennent l'école et la communauté, qui fournissent du soutien aux enfants et à leurs familles, des loisirs et des activités culturelles ainsi que des milieux sécuritaires et éducatifs. La participation des enfants aux activités scolaires et communautaires est importante. Les enfants qui ont la possibilité de prendre part à une diversité d'activités et de programmes pourront plus facilement se considérer comme des êtres humains dotés de nombreuses capacités et chercheront à relever de nouveaux défis (Guy, 1997, p. 96–97).

Les enfants qui ont la possibilité de prendre part à une diversité d'activités et de programmes pourront plus facilement se considérer comme des êtres humains dotés de nombreuses capacités et chercheront à relever de nouveaux défis.

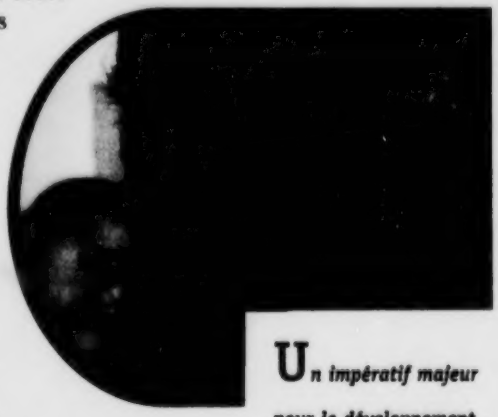
La croissance intellectuelle des enfants est stimulée par leurs relations avec les adultes qui guident leurs apprentissages. Une relation d'encadrement à long terme avec au moins un adulte qui a réussi est également un avantage pour se développer sainement (Werner et Smith, 1982).

La crainte et la violence ont des répercussions négatives sur les enfants.

La crainte et la violence dans l'environnement social plus large des enfants ont une influence significative sur leur santé et leur bien-être. Les enfants risquent de manifester de sérieux problèmes lorsqu'ils sont témoins de scènes de violence ou qu'ils sont victimes de mauvais traitements. Les problèmes qui en résultent sur les plans émotif, physique et du développement peuvent durer toute leur vie (Statistique Canada, 1997a, p. 2).

Parmi toutes les formes de mauvais traitements, être témoin de violence conjugale semble être ce qui influence le plus les comportements à risque que les jeunes gens adopteront par la suite, dont la consommation abusive d'alcool et de drogues et les comportements criminels (Manion et Wilson, 1995, p. 29–30). Le Conseil national de la prévention du crime a cité la violence familiale, les difficultés scolaires, les communautés appauvries et le haut taux de chômage chez les jeunes comme étant des facteurs de risque sous-jacents de la délinquance (CCDS, 1997, p. 23–24). La forme de violence familiale la plus courante, y compris la violence physique et les excès de langage (p. ex., les taquineries, les insultes, l'isolement), se déroule entre frères et soeurs (CCDS, 1997, p. 42 et 43).

Les valeurs et les normes de la société ont une influence profonde sur la santé physique, mentale, spirituelle, sociale et économique et sur le bien-être des enfants et des adultes. Par extension, les services et les politiques qui reflètent les normes et les valeurs liées aux questions telles que la culture et les groupes ethniques, la place des femmes dans la société et l'importance accordée aux enfants et à la famille ont tous des effets sur la santé des enfants (Santé Canada, 1996a, p. 19–20).



Conditions et tendances

La dynamique parentale et familiale (ou l'amour et le soutien affectif)

Un impératif majeur pour le développement sain de l'enfant est l'affection portée à un adulte qui lui fournit constamment encadrement, compréhension et soutien. Selon l'Enquête longitudinale nationale sur la santé et les jeunes (ELNEJ) réalisée en 1994–1995, la plupart des enfants âgés de 2 à 11 ans avaient des relations assez positives avec leurs parents et étaient entourés de parents qui maintenaient des habitudes cohérentes vis-à-vis de leurs enfants (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 45).

Un impératif majeur pour le développement sain de l'enfant est l'affection portée à un adulte qui lui fournit constamment encadrement, compréhension et soutien.

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Une étude effectuée par l'ELNEJ auprès de jeunes âgés de 10 et 11 ans vivant dans des familles reconstituées a révélé que, bien que la majorité de ces enfants ait déclaré avoir connu des expériences allant de passables à bonnes, environ 33 % des enfants avaient ressenti un manque de soutien affectif de la part de leurs parents. Dans les familles demeurées intactes, c'est-à-dire celles qui comprennent les parents naturels, 27 % des enfants ressentaient la même chose (Cheal, 1996, p. 111). Voir la **figure 4.1**.

Des indications permettent de croire que bon nombre d'enfants et de jeunes cherchent, à l'extérieur de leur famille, des personnes capables de leur apporter de l'aide. Par exemple, Jeunesse-Écoute, service national de counselling accessible 24 heures sur 24, reçoit en moyenne 3 000 appels par jour provenant d'enfants et de jeunes (CCDS, 1997, p. 10).

4.1 Les arrangements des parents concernant le domicile des enfants et les perceptions négatives de la vie de famille des enfants de 10 et 11 ans, Canada, 1994–1995

	Manque d'appui émotionnel	Punition inégale	Relations familiales difficiles
Mère biologique[a] et père biologique	26,8 %	33,1 %	28,1 %
Mère biologique pas de père	30,2 %	34,2 %	60,7 %
Mère biologique et beau-père	33,8 %	49,9 %	45,2 %

a. Les parents biologiques incluent les parents adoptifs.

Source : D. Cheal. « Histoires de familles reconstituées », dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 111.

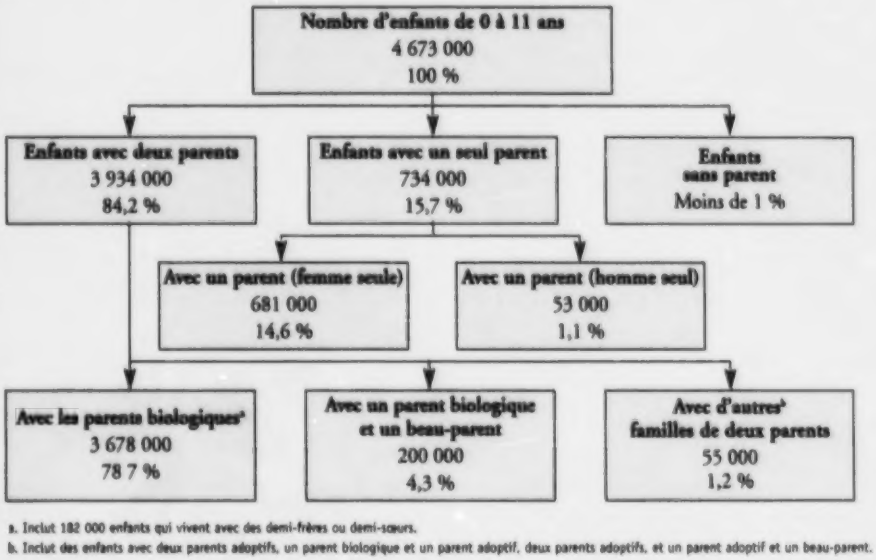
La structure familiale

Alors que la structure familiale dominante est encore constituée de couples mariés ayant des enfants, les familles canadiennes sont plus diversifiées que jamais. Il en résulte que les enfants d'aujourd'hui font face à un monde complexe constitué de nouvelles relations sociales — les parents qui ont la garde et les parents qui n'ont pas la garde, le beau-père et la belle-mère, les membres de familles vivant en union libre, les frères et les sœurs de la même famille, les demi-frères et les demi-sœurs, les enfants réunis dans une famille reconstituée (CCDS, 1996, p. 14).

La plupart des enfants vivent dans des familles dont les parents sont mariés.

En 1994–1995, la plupart des enfants (84,2 %) vivaient dans des familles composées des deux parents (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 33). Voir la **figure 4.2**. Bien que les taux de divorce aient chuté après avoir connu en 1987 un sommet jamais atteint auparavant, aujourd'hui, les taux actuels sont plus élevés qu'ils ne l'étaient à la génération précédente. Le nombre de divorces par 100 000 personnes a augmenté, passant de 54,8 en 1967 à 273,9 en 1991 (Richardson, 1996, p. 229); en 1994, le taux a diminué légèrement à 269,7 (Statistique Canada, 1996a, p. 4). Les cadres légaux en matière de divorce ont énormément

4.2 Répartition des enfants âgés de zéro à 11 ans par type de famille, au Canada, 1994–1995



a. Inclut 182 000 enfants qui vivent avec des demi-frères ou demi-sœurs.
b. Inclut des enfants avec deux parents adoptifs, un parent biologique et un parent adoptif, deux parents adoptifs, et un parent adoptif et un beau-parent.

Source : D.P. Ross, K. Scott et M.A. Kelly (1996). « Aperçu : Les enfants du Canada durant les années 90 », dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° au catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 33.

changé au cours des dernières années et les statistiques sur la formation des familles et leur dissolution ne réflétaient pas réellement la situation dans le passé, les séparations et les unions libres n'ayant pas été fidèlement déclarées.

Il y a plus de familles vivant en union libre.

Au Canada, le pourcentage de familles constituées de conjoints en union libre a doublé entre 1981 et 1995, passant de 6 % à 12 %. En gros, la moitié de ces familles comprennent des enfants (CCDS, 1996, p. 13). Les données fournies par l'ELNEJ indiquent que les familles issues de couples en union libre fournissent aux enfants un milieu familial moins stable que celui des familles dont les parents sont mariés. En 1994–1995, 63 % des enfants de 10 ans dont les parents vivaient en union libre ont vu leurs parents se séparer, comparativement à 14 % des enfants dont les parents étaient mariés et n'avaient jamais vécu en union libre auparavant (Statistique Canada, 1998a).

Le nombre de familles reconstituées et de familles monoparentales augmente.

En 1994, environ 9 % des enfants canadiens de moins de 12 ans vivaient dans des familles reconstituées dont la majorité étaient des familles reconstituées formées des enfants que les parents avaient eus d'une union antérieure (Statistique Canada, 1997b, p. 10).

Une étude effectuée par l'ELNEJ auprès de jeunes âgés de 10 et 11 ans vivant dans des familles reconstituées a révélé que, bien que la majorité de ces enfants ait déclaré avoir connu des expériences allant de passables à bonnes, environ 33 % des enfants avaient ressenti un manque de soutien affectif de la part de leurs parents. Dans les familles demeurées intactes, c'est-à-dire celles qui comprennent les parents naturels, 27 % des enfants ressentaient la même chose (Cheal, 1996, p. 111). Voir la **figure 4.1**.

Des indications permettent de croire que bon nombre d'enfants et de jeunes cherchent, à l'extérieur de leur famille, des personnes capables de leur apporter de l'aide. Par exemple, Jeunesse-Écoute, service national de counselling accessible 24 heures sur 24, reçoit en moyenne 3 000 appels par jour provenant d'enfants et de jeunes (CCDS, 1997, p. 10).

4.1 Les arrangements des parents concernant le domicile des enfants et les perceptions négatives de la vie de famille des enfants de 10 et 11 ans, Canada, 1994–1995

	Manque d'appui émotionnel	Punition inégale	Relations familiales difficiles
Mère biologique[a] et père biologique	26,8 %	33,1 %	28,1 %
Mère biologique pas de père	30,2 %	34,2 %	60,7 %
Mère biologique et beau-père	33,8 %	49,9 %	45,2 %

a. Les parents biologiques incluent les parents adoptifs.

Source : D. Cheal. « Histoires de familles reconstituées », dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 111.

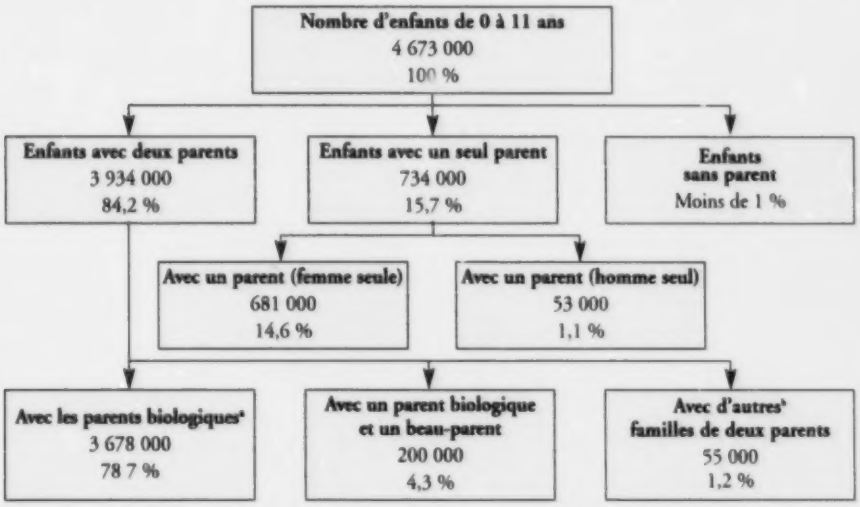
La structure familiale

Alors que la structure familiale dominante est encore constituée de couples mariés ayant des enfants, les familles canadiennes sont plus diversifiées que jamais. Il en résulte que les enfants d'aujourd'hui font face à un monde complexe constitué de nouvelles relations sociales — les parents qui ont la garde et les parents qui n'ont pas la garde, le beau-père et la belle-mère, les membres de familles vivant en union libre, les frères et les sœurs de la même famille, les demi-frères et les demi-sœurs, les enfants réunis dans une famille reconstituée (CCDS, 1996, p. 14).

La plupart des enfants vivent dans des familles dont les parents sont mariés.

En 1994–1995, la plupart des enfants (84,2 %) vivaient dans des familles composées des deux parents (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 33). Voir la **figure 4.2**. Bien que les taux de divorce aient chuté après avoir connu en 1987 un sommet jamais atteint auparavant, aujourd'hui, les taux actuels sont plus élevés qu'ils ne l'étaient à la génération précédente. Le nombre de divorces par 100 000 personnes a augmenté, passant de 54,8 en 1967 à 273,9 en 1991 (Richardson, 1996, p. 229); en 1994, le taux a diminué légèrement à 269,7 (Statistique Canada, 1996a, p. 4). Les cadres légaux en matière de divorce ont énormément

4.2 Répartition des enfants âgés de zéro à 11 ans par type de famille, au Canada, 1994–1995



a. Inclut 182 000 enfants qui vivent avec des demi-frères ou demi-sœurs.
b. Inclut des enfants avec deux parents adoptifs, un parent biologique et un parent adoptif, deux parents adoptifs, et un parent adoptif et un beau-parent.

Source : D.P. Ross, K. Scott et M.A. Kelly (1996). « Aperçu : Les enfants du Canada durant les années 90 », dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° au catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 33.

changé au cours des dernières années et les statistiques sur la formation des familles et leur dissolution ne réflétaient pas réellement la situation dans le passé, les séparations et les unions libres n'ayant pas été fidèlement déclarées.

Il y a plus de familles vivant en union libre.

Au Canada, le pourcentage de familles constituées de conjoints en union libre a doublé entre 1981 et 1995, passant de 6 % à 12 %. En gros, la moitié de ces familles comprennent des enfants (CCDS, 1996, p. 13). Les données fournies par l'ELNEJ indiquent que les familles issues de couples en union libre fournissent aux enfants un milieu familial moins stable que celui des familles dont les parents sont mariés. En 1994–1995, 63 % des enfants de 10 ans dont les parents vivaient en union libre ont vu leurs parents se séparer, comparativement à 14 % des enfants dont les parents étaient mariés et n'avaient jamais vécu en union libre auparavant (Statistique Canada, 1998a).

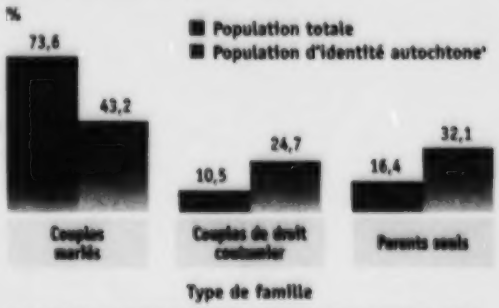
Le nombre de familles reconstituées et de familles monoparentales augmente.

En 1994, environ 9 % des enfants canadiens de moins de 12 ans vivaient dans des familles reconstituées dont la majorité étaient des familles reconstituées formées des enfants que les parents avaient eus d'une union antérieure (Statistique Canada, 1997b, p. 10).

En 1996, environ 20 % de toutes les familles avec enfants étaient des familles monoparentales. Le nombre de familles monoparentales, comme pourcentage de toutes les familles au Canada, a presque doublé entre 1961 et 1991, passant de 11 % à 20 % (CCDS, 1996, p. 10). Huit familles monoparentales sur dix sont dirigées par une femme (CCDS, 1997, p. 12).

La proportion de familles monoparentales est encore plus élevée chez les peuples autochtones. Ainsi, en 1996, 32 % des enfants autochtones âgés de moins de 15 ans qui vivaient dans des familles de recensement[1] provenaient de familles monoparentales — soit deux fois le taux de la population générale (voir la **figure 4.3**). Dans les zones urbaines, le taux était encore plus élevé, soit 46 % (Statistique Canada, 1998b).

4.3 Proportion d'enfants âgés de zéro à 14 ans dans les familles de recensement, par structure de famille, au Canada, en 1996



a. La population ayant déclaré s'identifier à au moins un groupe autochtone : Indien d'Amérique du Nord, Métis ou Inuit.

Source : Adapté de Statistique Canada, *Le Quotidien*, 13 janvier 1998, n° de catalogue 11-001.

La grande majorité des gens ont des responsabilités familiales.

Une étude effectuée en 1992 auprès de plus de 5 000 employés provenant de huit milieux de travail différents a révélé que 31 % des répondants avaient des responsabilités de dispensateurs de soins envers des personnes à charge de moins de 19 ans, 20 % des répondants avaient à dispenser des soins seulement à des aînés et 26 % avaient des responsabilités envers des enfants et des aînés. Un peu moins d'un employé sur quatre (23 %) n'avait à dispenser des soins à aucun enfant ni à aucun aîné (Groupe de recherche sur le service aux aînés et le travail du RCRV, 1993, p. 3–5).

Les familles sont plus petites.

Au Canada, la majorité des familles (81 %) ont un ou deux enfants (ICSI, 1994, p. 5). Le fait d'avoir une plus petite famille signifie moins de parenté (Institut Vanier de la famille, 1994, p. 10) et moins de sources de soutien social pour les membres de ces familles. Le Canada étant un pays où il y a beaucoup de mobilité et d'immigration, les réseaux de soutien pour une longue période sont souvent constitués de ressources extérieures à la famille.

Les enfants dont la mère est adolescente

Contrairement à la perception générale, une proportion plutôt mineure d'adolescentes au Canada ont des bébés. En 1994, moins de 1 % de tous les enfants canadiens vivaient avec une mère adolescente (CCDS, 1997, p. 11).

1. Statistique Canada définit une « famille de recensement » comme un couple actuellement marié (qui a ou non des fils ou des filles de l'un ou l'autre des conjoints ou des deux conjoints qui n'ont jamais été mariés), un couple vivant en union libre (encore une fois qui a ou non des fils ou des filles de l'un ou l'autre des conjoints ou des deux conjoints qui n'ont jamais été mariés), ou un chef de famille monoparentale de n'importe quel état marital, avec au moins un fils non marié ou une fille non mariée qui vit sous le même toit. Les familles de couples actuellement mariés et les familles de couples en union libre constituent des familles comprenant l'époux et l'épouse.

La violence familiale

La protection de l'enfance relève de l'autorité provinciale et il y a d'importantes variations dans les types de données recueillies et la manière dont elles sont déclarées. C'est pourquoi les données nationales concernant les mauvais traitements infligés aux enfants ne sont pas disponibles actuellement. Cependant, une base nationale de données — l'Incidence canadienne des mauvais traitements et négligence envers les enfants — est actuellement en cours d'élaboration. Nous savons qu'à l'échelle nationale les enfants sont fréquemment victimes de violence familiale. Les filles sont le plus souvent victimes d'agression sexuelle.

Il y a une augmentation des déclarations de violence envers les enfants.

Les évaluations de mauvais traitement, les plaintes et le nombre d'enfants qui ont besoin de protection semblent augmenter dans la plupart des provinces canadiennes. De plus, on est conscient du fait qu'un nombre important de cas ne sont pas toujours déclarés dans bien des territoires (Wachtel, 1989, p. 8). En même temps, dans tout le pays, des programmes d'éducation publique visant à sensibiliser le public à toutes les répercussions de la violence envers les enfants ont provoqué une augmentation des déclarations des cas de violence.

Une enquête effectuée en 1996 auprès de services de police sélectionnés a montré que les enfants de moins de 18 ans étaient victimes de 22 % de tous les crimes violents déclarés. Une proportion beaucoup plus élevée de ces agressions étaient des agressions sexuelles (60 %) plutôt que des agressions physiques (18 %) (Statistique Canada, 1997c).

Des membres de la famille sont accusés dans un quart des cas d'agression envers les enfants de moins de 18 ans. Les très jeunes enfants (de moins de 3 ans) sont plus sujets à être agressés par des membres plutôt que par des non-membres de la famille — presque 70 % des victimes de moins de 3 ans ont été agressées par des membres de leur famille (Statistique Canada, 1997c).

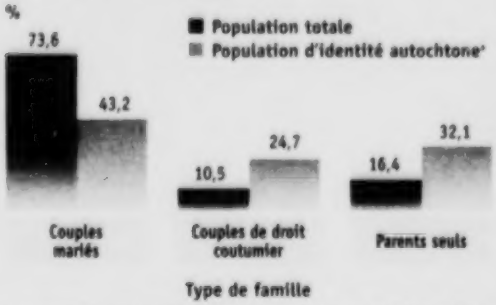
Quels enfants ont des problèmes?

Les résultats de l'ELNEJ menée en 1994–1995 montrent que la plupart des enfants qui avaient des problèmes sur le plan social, scolaire ou comportemental provenaient de familles biparentales. Par exemple, presque les trois quarts (71,1 %) des enfants qui ont un trouble des conduites viennent de familles biparentales, tandis que 28,9 % viennent de familles dirigées par une mère seule (Lipman, Offord et Dooley, 1996, p. 98). Cet écart reflète les tendances de la structure de la famille : la plupart des enfants vivent dans des familles biparentales.

En 1996, environ 20 % de toutes les familles avec enfants étaient des familles monoparentales. Le nombre de familles monoparentales, comme pourcentage de toutes les familles au Canada, a presque doublé entre 1961 et 1991, passant de 11 % à 20 % (CCDS, 1996, p. 10). Huit familles monoparentales sur dix sont dirigées par une femme (CCDS, 1997, p. 12).

La proportion de familles monoparentales est encore plus élevée chez les peuples autochtones. Ainsi, en 1996, 32 % des enfants autochtones âgés de moins de 15 ans qui vivaient dans des familles de recensement[1] provenaient de familles monoparentales — soit deux fois le taux de la population générale (voir la **figure 4.3**). Dans les zones urbaines, le taux était encore plus élevé, soit 46 % (Statistique Canada, 1998b).

4.3 Proportion d'enfants âgés de zéro à 14 ans dans les familles de recensement, par structure de famille, au Canada, en 1996



a. La population ayant déclaré s'identifier à au moins un groupe autochtone : Indien d'Amérique du Nord, Métis ou Inuit.

Source : Adapté de Statistique Canada, *Le Quotidien*, 13 janvier 1998, n° de catalogue 11-001.

La grande majorité des gens ont des responsabilités familiales.

Une étude effectuée en 1992 auprès de plus de 5 000 employés provenant de huit milieux de travail différents a révélé que 31 % des répondants avaient des responsabilités de dispensateurs de soins envers des personnes à charge de moins de 19 ans, 20 % des répondants avaient à dispenser des soins seulement à des aînés et 26 % avaient des responsabilités envers des enfants et des aînés. Un peu moins d'un employé sur quatre (23 %) n'avait à dispenser des soins à aucun enfant ni à aucun aîné (Groupe de recherche sur le service aux aînés et le travail du RCRV, 1993, p. 3–5).

Les familles sont plus petites.

Au Canada, la majorité des familles (81 %) ont un ou deux enfants (ICSI, 1994, p. 5). Le fait d'avoir une plus petite famille signifie moins de parenté (Institut Vanier de la famille, 1994, p. 10) et moins de sources de soutien social pour les membres de ces familles. Le Canada étant un pays où il y a beaucoup de mobilité et d'immigration, les réseaux de soutien pour une longue période sont souvent constitués de ressources extérieures à la famille.

Les enfants dont la mère est adolescente

Contrairement à la perception générale, une proportion plutôt minime d'adolescentes au Canada ont des bébés. En 1994, moins de 1 % de tous les enfants canadiens vivaient avec une mère adolescente (CCDS, 1997, p. 13).

1. Statistique Canada définit une « famille de recensement » comme un couple actuellement marié (qui a ou non des fils ou des filles de l'un ou l'autre des conjoints ou des deux conjoints qui n'ont jamais été mariés), un couple vivant en union libre (encore une fois qui a ou non des fils ou des filles de l'un ou l'autre des conjoints ou des deux conjoints qui n'ont jamais été mariés), ou un chef de famille monoparentale de n'importe quel état marital, avec au moins un fils non marié ou une fille non mariée qui vit sous le même toit. Les familles de couples actuellement mariés et les familles de couples en union libre constituent des familles comprenant l'époux et l'épouse.

La violence familiale

La protection de l'enfance relève de l'autorité provinciale et il y a d'importantes variations dans les types de données recueillies et la manière dont elles sont déclarées. C'est pourquoi les données nationales concernant les mauvais traitements infligés aux enfants ne sont pas disponibles actuellement. Cependant, une base nationale de données — l'Incidence canadienne des mauvais traitements et négligence envers les enfants — est actuellement en cours d'élaboration. Nous savons qu'à l'échelle nationale les enfants sont fréquemment victimes de violence familiale. Les filles sont le plus souvent victimes d'agression sexuelle.

Il y a une augmentation des déclarations de violence envers les enfants.

Les évaluations de mauvais traitement, les plaintes et le nombre d'enfants qui ont besoin de protection semblent augmenter dans la plupart des provinces canadiennes. De plus, on est conscient du fait qu'un nombre important de cas ne sont pas toujours déclarés dans bien des territoires (Wachtel, 1989, p. 8). En même temps, dans tout le pays, des programmes d'éducation publique visant à sensibiliser le public à toutes les répercussions de la violence envers les enfants ont provoqué une augmentation des déclarations des cas de violence.

Une enquête effectuée en 1996 auprès de services de police sélectionnés a montré que les enfants de moins de 18 ans étaient victimes de 22 % de tous les crimes violents déclarés. Une proportion beaucoup plus élevée de ces agressions étaient des agressions sexuelles (60 %) plutôt que des agressions physiques (18 %) (Statistique Canada, 1997c).

Des membres de la famille sont accusés dans un quart des cas d'agression envers les enfants de moins de 18 ans. Les très jeunes enfants (de moins de 3 ans) sont plus sujets à être agressés par des membres plutôt que par des non-membres de la famille — presque 70 % des victimes de moins de 3 ans ont été agressées par des membres de leur famille (Statistique Canada, 1997c).

Quels enfants ont des problèmes?

Les résultats de l'ELNEJ menée en 1994–1995 montrent que la plupart des enfants qui avaient des problèmes sur le plan social, scolaire ou comportemental provenaient de familles biparentales. Par exemple, presque les trois quarts (71,1 %) des enfants qui ont un trouble des conduites viennent de familles biparentales, tandis que 28,9 % viennent de familles dirigées par une mère seule (Lipman, Offord et Dooley, 1996, p. 98). Cet écart reflète les tendances de la structure de la famille : la plupart des enfants vivent dans des familles biparentales.

Les filles sont plus à risque pour ce qui est des agressions sexuelles.

On a estimé que 25 % des filles et 10 % des garçons seront agressés sexuellement avant d'atteindre l'âge de 16 ans (Finkel, 1987, p. 245). Les résultats d'une enquête effectuée en 1998 par Statistique Canada a révélé les faits suivants :

- Dans l'ensemble, les filles sont les principales victimes d'agression sexuelle par des membres de la famille, et elles sont victimes de quatre agressions sexuelles sur cinq commises par un membre de la famille (79 %). Les filles étaient également victimes dans plus de la moitié des agressions physiques (56 %) (Statistique Canada, 1998c, p. 22).

- À différentes étapes de leur développement, les filles et les garçons semblent vulnérables aux agressions commises par des membres de la famille. Un nombre plus élevé de filles sont agressées sexuellement par un membre de la famille entre 12 et 15 ans. Par contre, les garçons sont plus sujets à être agressés sexuellement entre 4 et 8 ans (Statistique Canada, 1998c, p. 3).

- De tous les cas signalés de violence faite aux enfants par des membres de la famille, 20 % étaient des agressions physiques. Les parents étaient le plus souvent les agresseurs, soit dans 64 % de ces cas; 73 % des agressions ont été commises par le père et 27 % par la mère. Trente-deux pour cent de tous les cas signalés de violence sexuelle ont été commis par un membre de la famille. Dans 43 % de ces cas d'agression sexuelle, un des parents était très probablement l'agresseur. Dans presque tous les cas (98 %), le père était responsable de l'agression; la mère était responsable des autres cas (2 %). Les 57 % de cas d'agression sexuelle restants impliquaient un frère ou une sœur (28 %), un membre de la famille proche (27 %) ou un conjoint (1 %) (Statistique Canada, 1998c, p. 22).

Les coûts de la violence

Il y a plusieurs coûts sociaux associés à la violence familiale : les enfants et les adolescents ayant été victimes de mauvais traitements sont plus enclins à s'engager dans des comportements à risque et à venir en contact avec le système judiciaire. Les adolescents qui ont connu la négligence, la violence physique, émotionnelle ou sexuelle ou qui ont été témoins de la violence entre leurs parents sont en général plus portés à s'enfuir de la maison et à faire usage du tabac et d'autres drogues. Ces adolescents sont souvent moins capables de s'adapter aux changements de la vie et, en général, envisagent plus le suicide, souffrent plus de maladies mentales et s'engagent plus dans des comportements criminels (Hotton et Wilson, 1995, p. 3 et 29).

On a estimé à 102 029 [illegible] les dépenses publiques engagées pour chaque cause d'une agression sexuelle à l'endroit d'un enfant. Les dépenses relatives à chaque victime sont estimées à 34 504 [illegible] (Prentky et Burgess, 1990, p. 109–120).

L'agression envers une conjointe et la violence envers les enfants vont souvent ensemble.

Une Canadienne sur trois a été agressée par son partenaire, et plusieurs de ces agressions se sont produites en présence des enfants (Statistique Canada, 1994, p. 4 et 14). De 30 % à 40 % des enfants témoins de la violence envers leur mère se retrouvent eux-mêmes victimes de violence physique ou sexuelle (Jaffe, Wolfe et Wilson, 1990, p. 21 et 22).

Les enfants de la violence

Les enfants qui ont vu la maltraitance de leur mère par un père ou un autre partenaire masculin affichent de plus hauts taux de problèmes émotifs, de faible estime de soi, de comportements de retrait et de dépression. De plus, ils ont tendance à avoir des niveaux plus bas de réussite à l'école (Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1996, p. 3).

La violence est un problème dans les familles autochtones.

Actuellement, il n'existe pas de données nationales sur l'incidence de la violence familiale dans les communautés autochtones. Cependant, des recherches permettent de croire que la violence est répandue dans ces communautés. Par exemple :

- Trente-neuf pour cent des adultes autochtones déclarent que la violence familiale est un problème dans leur communauté et une grande proportion affirme que le chômage, la consommation d'alcool, l'agression sexuelle et le suicide sont des problèmes majeurs (Statistique Canada, 1993, p. 114). Voir la **figure 4.4**.
- Dans certaines communautés autochtones du Nord, on croit qu'entre 75 % et 90 % des femmes sont battu. Une étude a montré que 40 % des enfants faisant partie de ces communautés ont été agressés physiquement par un membre de leur famille (Santé Canada, 1996b).

4.4 Proportion des populations autochtones, âgés de 15 ans et plus qui identifie des sujets sociaux étant un problème au Canada, en 1991

Source : Statistique Canada. *Langue, Tradition, Santé, Mode de vie et Questions sociales : 1991 Enquête sur les populations autochtones*, nº de catalogue 89-533, Ottawa, Statistique Canada, 1993.

Les filles sont plus à risque pour ce qui est des agressions sexuelles.

On a estimé que 25 % des filles et 10 % des garçons seront agressés sexuellement avant d'atteindre l'âge de 16 ans (Finkel, 1987, p. 245). Les résultats d'une enquête effectuée en 1998 par Statistique Canada a révélé les faits suivants :

- Dans l'ensemble, les filles sont les principales victimes d'agression sexuelle par des membres de la famille, et elles sont victimes de quatre agressions sexuelles sur cinq commises par un membre de la famille (79 %). Les filles étaient également victimes dans plus de la moitié des agressions physiques (56 %) (Statistique Canada, 1998c, p. 22).

- À différentes étapes de leur développement, les filles et les garçons semblent vulnérables aux agressions commises par des membres de la famille. Un nombre plus élevé de filles sont agressées sexuellement par un membre de la famille entre 12 et 15 ans. Par contre, les garçons sont plus sujets à être agressés sexuellement entre 4 et 8 ans (Statistique Canada, 1998c, p. 3).

- De tous les cas signalés de violence faite aux enfants par des membres de la famille, 20 % étaient des agressions physiques. Les parents étaient le plus souvent les agresseurs, soit dans 64 % de ces cas; 73 % des agressions ont été commises par le père et 27 % par la mère. Trente-deux pour cent de tous les cas signalés de violence sexuelle ont été commis par un membre de la famille. Dans 43 % de ces cas d'agression sexuelle, un des parents était très probablement l'agresseur. Dans presque tous les cas (98 %), le père était responsable de l'agression; la mère était responsable des autres cas (2 %). Les 57 % de cas d'agression sexuelle restants impliquaient un frère ou une sœur (28 %), un membre de la famille proche (27 %) ou un conjoint (1 %) (Statistique Canada, 1998c, p. 22).

Les coûts de la violence

Il y a plusieurs coûts sociaux associés à la violence familiale : les enfants et les adolescents ayant été victimes de mauvais traitements sont plus enclins à s'engager dans des comportements à risque et à venir en contact avec le système judiciaire. Les adolescents qui ont connu la négligence, la violence physique, émotionnelle ou sexuelle ou qui ont été témoins de la violence entre leurs parents sont en général plus portés à s'enfuir de la maison et à faire usage du tabac et d'autres drogues. Ces adolescents sont souvent moins capables de s'adapter aux changements de la vie et, en général, envisagent plus le suicide, souffrent plus de maladies mentales et s'engagent plus dans des comportements criminels (Manion et Wilson, 1995, p. 7 et 29).

On a estimé à 169 029 $US les dépenses publiques engagées pour chaque auteur d'une agression sexuelle à l'endroit d'un enfant. Les dépenses relatives à chaque victime sont estimées à 14 304 $US (Prentky et Burgess, 1990, p. 106–120).

L'agression envers une conjointe et la violence envers les enfants vont souvent ensemble.

Une Canadienne sur trois a été agressée par son partenaire, et plusieurs de ces agressions se sont produites en présence des enfants (Statistique Canada, 1994, p. 4 et 14). De 30 % à 40 % des enfants témoins de la violence envers leur mère se retrouvent eux-mêmes victimes de violence physique ou sexuelle (Jaffe, Wolfe et Wilson, 1990, p. 21 et 22).

Les enfants de la violence

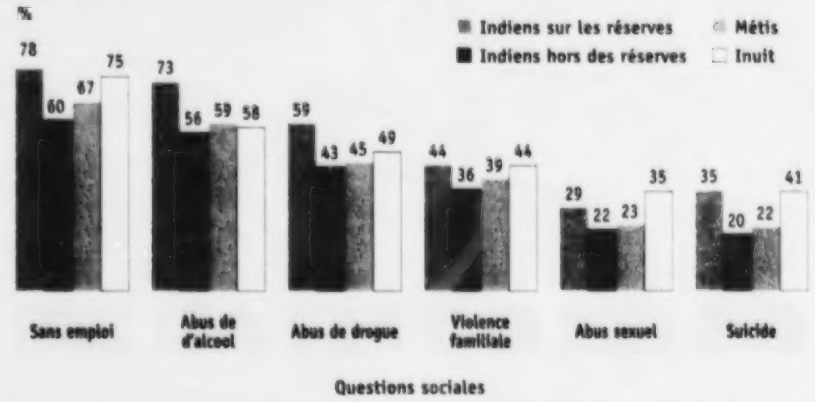
Les enfants qui ont vu le maltraitement de leur mère par se faire maltraiter par leur père ou un autre partenaire masculin affichent de plus hauts taux de problèmes émotifs, de faible estime de soi, de comportements de retrait et de dépression. De plus, ils ont tendance à avoir des niveaux plus bas de réussite à l'école (Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1996, p. 3).

La violence est un problème dans les familles autochtones.

Actuellement, il n'existe pas de données nationales sur l'incidence de la violence familiale dans les communautés autochtones. Cependant, des recherches permettent de croire que la violence est répandue dans ces communautés. Par exemple :

- Trente-neuf pour cent des adultes autochtones déclarent que la violence familiale est un problème dans leur communauté et une grande proportion affirme que le chômage, la consommation d'alcool, l'agression sexuelle et le suicide sont des problèmes majeurs (Statistique Canada, 1993, p. 114). Voir la **figure 4.4**.
- Dans certaines communautés autochtones du Nord, on croit qu'entre 75 % et 90 % des femmes sont battu. Une étude a montré que 40 % des enfants faisant partie de ces communautés ont été agressés physiquement par un membre de leur famille (Santé Canada, 1996b).

4.4 Proportion des populations autochtones, âgés de 15 ans et plus qui identifie des sujets sociaux étant un problème au Canada, en 1991



Source : Statistique Canada. *Langue, Tradition, Santé, Mode de vie et Questions sociales : 1991 Enquête sur les populations autochtones*, n° de catalogue 89-533, Ottawa, Statistique Canada, 1993.

Le réseau scolaire et le réseau communautaire

Comme nous l'avons vu plus haut, les relations que les enfants et les jeunes établissent, de même que les expériences vécues dans leur école et leur communauté sont de la plus haute importance pour leur développement. La communauté locale constitue le réseau de soutien secondaire d'un enfant, offrant des occasions de développement par le jeu libre, les loisirs organisés, les expériences scolaires et culturelles.

Un environnement scolaire favorable au développement est important.

Pour les enfants, l'école peut être une source d'influences positives. Ces influences peuvent favoriser l'estime de soi, fournir des occasions de connaître le succès et permettre aux élèves d'acquérir des habiletés sociales et des habiletés de résolution de problèmes (Rutter, 1987). Un environnement scolaire favorable peut aussi agir comme tampon dans les situations qui pourraient être nuisibles à la maison et dans les autres milieux à l'extérieur de l'école (Dubois et coll., 1992).

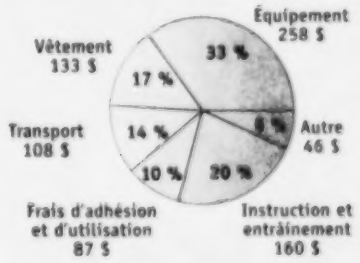
Les écoles qui « réussissent » sont caractérisées par plusieurs éléments se rapportant au soutien social : un plus grand engagement de la part des parents; des attentes plus élevées chez les enseignants envers les réalisations des élèves; des programmes d'études au contenu significatif, mettant l'accent sur les capacités de lecture et d'écriture; la collaboration entre les administrateurs, les enseignants et les élèves; un climat scolaire positif où les élèves se sentent en sécurité et ont un sentiment d'appartenance; l'intégration des élèves provenant de différentes classes sociales et dont les niveaux d'apprentissage sont différents; et l'accent mis sur la prévention plutôt que sur les mesures correctives (Willms, 1997).

Selon l'ELNEJ, la plupart des enfants participent à des activités sportives à l'extérieur de l'école; cependant, seulement 30 % des enfants suivent des cours de musique, de danse ou d'art ou participent à des mouvements tels que les Scouts ou les Guides (CCDS, 1997, p. 47).

Le coût est un déterminant.

Bien que la plupart des villes canadiennes fournissent des programmes de loisirs pour les enfants et les jeunes, presque toutes exigent des frais d'utilisation (CCDS, 1997, p. 32). Selon le Conseil canadien de développement social, près de la moitié des familles pauvres disent que le coût des activités physiques restreint leur participation (CCDS, 1997, p. 9). Près de 70 % des enfants âgés de 4 à 11 ans vivant dans des familles ayant un revenu inférieur à 20 000 $ par année n'ont pas participé aux sports organisés, comme le hockey ou la gymnastique; toutefois, environ les deux tiers des enfants vivant dans des ménages dont le revenu est de 40 000 $ ou plus y ont participé (données fournies par l'ELNEJ, citées dans CCDS, 1997, p. 47). Voir la **figure 4.5**.

4.5 Dépenses moyennes annuelles pour les activités physiques des enfants âgés de zéro à 18 ans au Canada, en 1995



Source : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, « Les répercussions économiques de la participation », *Le progrès par la prévention*, Bulletin n° 10, 1996, p. 2.

Le réseau scolaire et le réseau communautaire

Comme nous l'avons vu plus haut, les relations que les enfants et les jeunes établissent, de même que les expériences vécues dans leur école et leur communauté sont de la plus haute importance pour leur développement. La communauté locale constitue le réseau de soutien secondaire d'un enfant, offrant des occasions de développement par le jeu libre, les loisirs organisés, les expériences scolaires et culturelles.

Un environnement scolaire favorable au développement est important.

Pour les enfants, l'école peut être une source d'influences positives. Ces influences peuvent favoriser l'estime de soi, fournir des occasions de connaître le succès et permettre aux élèves d'acquérir des habiletés sociales et des habiletés de résolution de problèmes (Rutter, 1987). Un environnement scolaire favorable peut aussi agir comme tampon dans les situations qui pourraient être nuisibles à la maison et dans les autres milieux à l'extérieur de l'école (Dubois et coll., 1992).

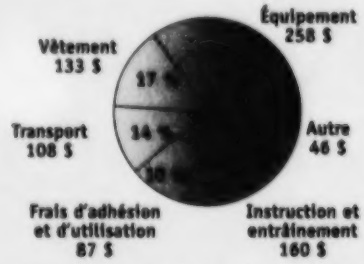
Les écoles qui « réussissent » sont caractérisées par plusieurs éléments se rapportant au soutien social : un plus grand engagement de la part des parents; des attentes plus élevées chez les enseignants envers les réalisations des élèves; des programmes d'études au contenu significatif, mettant l'accent sur les capacités de lecture et d'écriture; la collaboration entre les administrateurs, les enseignants et les élèves; un climat scolaire positif où les élèves se sentent en sécurité et ont un sentiment d'appartenance; l'intégration des élèves provenant de différentes classes sociales et dont les niveaux d'apprentissage sont différents; et l'accent mis sur la prévention plutôt que sur les mesures correctives (Willms, 1997).

Selon l'ELNEJ, la plupart des enfants participent à des activités sportives à l'extérieur de l'école; cependant, seulement 30 % des enfants suivent des cours de musique, de danse ou d'art ou participent à des mouvements tels que les Scouts ou les Guides (CCDS, 1997, p. 47).

Le coût est un déterminant.

Bien que la plupart des villes canadiennes fournissent des programmes de loisirs pour les enfants et les jeunes, presque toutes exigent des frais d'utilisation (CCDS, 1997, p. 32). Selon le Conseil canadien de développement social, près de la moitié des familles pauvres disent que le coût des activités physiques restreint leur participation (CCDS, 1997, p. 9). Près de 70 % des enfants âgés de 4 à 11 ans vivant dans des familles ayant un revenu inférieur à 20 000 $ par année n'ont pas participé aux sports organisés, comme le hockey ou la gymnastique; toutefois, environ les deux tiers des enfants vivant dans des ménages dont le revenu est de 40 000 $ ou plus y ont participé (données fournies par l'ELNEJ, citées dans CCDS, 1997, p. 47). Voir la **figure 4.5**.

4.5 Dépenses moyennes annuelles pour les activités physiques des enfants âgés de zéro à 18 ans au Canada, en 1995



Source : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. « Les répercussions économiques de la participation », *Le progrès par la prévention*, Bulletin nº 10, 1996, p. 2.

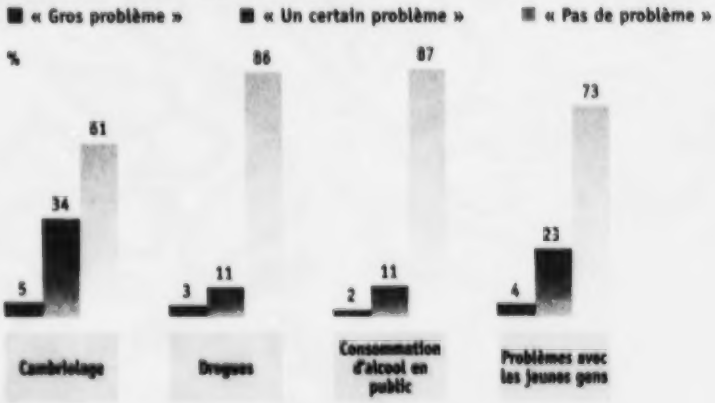
La sécurité de la communauté

La majorité des enfants canadiens vivent dans un quartier que leurs parents considèrent comme sécuritaire; cependant, un enfant sur quatre vit dans une zone que les parents considèrent comme non sécuritaire à la tombée du jour (CCDS, 1997, p. 8). Voir la **figure 4.6**.

Les enfants et les jeunes sont eux-mêmes craintifs — une étude réalisée en 1996 auprès de jeunes âgés de 15 ans a révélé que la moitié des garçons et le quart des filles s'entendaient pour dire que les brimades étaient un problème (CCDS, 1997, p. 10).

4.6 Proportion d'enfants âgés de zéro à 11 ans dont les parents soulèvent des questions de sécurité dans leur voisinage, Canada, 1994–1995

A. Jusqu'à quel point les questions signalées par les parents sont considérées comme problématiques



B. Proportion de parents qui sont d'accord ou en désaccord certains commentaires sur la sécurité du voisinage

Source : Préparé par le Conseil canadien sur le développement social au moyen de données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de Statistique Canada pour 1994 et 1995. Dans *Le progrès des enfants au Canada, 1997*, Ottawa, CCDS, 1997, p. 23.

La criminalité chez les enfants et les jeunes

Bien que l'ensemble des infractions au *Code criminel* chez les jeunes ait diminué entre 1991 et 1996, il y a eu une augmentation dans la proportion de jeunes contrevenants accusés de crimes avec violence. Pour toutes les infractions, le taux chez les jeunes en 1996 avait diminué de 4 % par rapport au taux de 1991. De ces 118 000 jeunes, 56 % ont été accusés d'infraction contre les biens et environ 20 % de ces infractions impliquaient de la violence. Au cours de la dernière décennie, le taux de crimes avec violence a plus que doublé comparativement au taux de 9 % en 1986. Cette situation peut sembler inquiétante, mais le taux à la hausse est dû à l'augmentation des voies de fait simples, la forme d'agression la moins grave (Statistique Canada, 1997d, p. 8).

En 1996–1997, les jeunes âgés de 12 et 13 ans représentaient 12 % des cas devant le tribunal pour adolescents, alors que les jeunes âgés de 16 et 17 ans représentaient 49 % des cas (Statistique Canada, 1998d). Les statistiques du tribunal pour adolescents (Statistique Canada, 1998d) révèlent que :

- Dans l'ensemble, le nombre de cas a diminué de 8,5 % entre 1992–1993 et 1996–1997.
- Les crimes contre les biens (auxquels on attribue environ la moitié de tous les cas entendus par le tribunal pour adolescents) ont chuté de 20,6 % au cours de la même période, alors que les crimes avec violence ont augmenté légèrement et que les cas reliés à la drogue ont doublé.
- Depuis 1992–1993, environ la moitié de tous les cas entendus impliquaient des voies de faits simples. Les cas de meurtres ou d'homicides involontaires représentaient moins de 1 % des cas entendus par le tribunal pour adolescents.

Un sondage d'opinion publique effectué en 1994 a révélé que la plupart des Canadiens (quatre sur cinq) pensent que le système juridique fait preuve de trop d'indulgence (Angus Reid Group, 1994, p. 18).

Les enfants de la rue

Bien que le nombre exact d'enfants de la rue ne soit pas connu, on peut dire que ce nombre est élevé. Par exemple, à Toronto, entre 3 000 et 5 000 jeunes vivaient dans la rue en 1990. La même étude sur les enfants de la rue de Toronto a révélé qu'environ les deux tiers de ces enfants ont été victimes de violence physique et un cinquième, d'agression sexuelle par quelqu'un vivant avec eux. Plus de la moitié (58 %) de ceux qui participaient à l'enquête ont déclaré que la violence dont ils ont été victimes a contribué à leur décision de vivre dans la rue (Smart et coll., 1992, p. 24).

Bien que le nombre exact d'enfants de la rue ne soit pas connu, on peut dire que ce nombre est élevé. Par exemple, à Toronto, entre 3 000 et 5 000 jeunes vivaient dans la rue en 1990.

Environnement social et autres déterminants

Le revenu

Le divorce affecte les enfants à la fois sur le plan affectif et sur le plan économique. Les enfants dont les parents ont divorcé sont plus sujets à vivre dans la pauvreté, à être exposés aux conflits entre les parents et à voir moins le parent qui habite ailleurs. En même temps, les mères de ces enfants reçoivent un plus grand soutien de la société (Mandell et Duffy, 1995, p. 227).

La pauvreté est un facteur de risque important pour ce qui est de l'exposition à la violence à l'intérieur de la famille ou dans le voisinage et de la manifestation de comportements agressifs. En 1995, le Conseil national du Bien-être a signalé qu'environ 2,6 millions de ménages canadiens vivaient dans la pauvreté (CCDS, 1997, p. 29).

On peut attribuer les mauvais traitements et la négligence envers les enfants à plusieurs facteurs, entre autres, à la pauvreté. « Les facteurs familiaux incluent la consommation excessive de drogues, des antécédents de violence familiale, de fréquentes discordes dans la famille et un rôle parental mal assumé dans la génération précédente. Les facteurs économiques et sociaux incluent un soutien monétaire insuffisant, le chômage ou le sous-emploi et l'absence de services sociaux » [Traduction] (Comité consultatif sur les services offerts aux enfants, 1990).

Le rôle des médias

Que ce soit explicitement ou implicitement, les médias transmettent des messages sur les relations sociales qui influencent les valeurs, les attitudes et le comportement social des enfants.

L'accessibilité aux nouvelles technologies augmente la possibilité d'être exposé à des messages violents transmis par les médias. La violence fait grandement partie de la culture se rapportant au divertissement, y compris la télévision, la vidéo, les films, les jeux vidéo et les bandes illustrées (ACSP, 1994, p. 13).

Les abonnements au câble ont augmenté, passant de 47 % en 1977 à près de 74 % en 1994 (Frank, 1995, p. 5). En 1996, près du tiers des ménages (31,6 %) possédaient un ordinateur — trois fois plus qu'en 1986 (Statistique Canada, 1996b). Regarder la télévision est cité comme l'activité parascolaire la plus courante chez les enfants (CCDS, 1997, p. 10).

Chaque année, l'enfant canadien moyen est exposé à 12 000 actes de violence et à plus de 1 000 viols à la télévision. Quand cet enfant finira ses études secondaires, il ou elle aura été exposé à 18 000 meurtres et à 800 suicides à la télévision (Chance, Avard et Thurm, 1995, p. 2).

La criminalité chez les enfants et les jeunes

Bien que l'ensemble des infractions au *Code criminel* chez les jeunes ait diminué entre 1991 et 1996, il y a eu une augmentation dans la proportion de jeunes contrevenants accusés de crimes avec violence. Pour toutes les infractions, le taux chez les jeunes en 1996 avait diminué de 4 % par rapport au taux de 1991. De ces 118 000 jeunes, 56 % ont été accusés d'infraction contre les biens et environ 20 % de ces infractions impliquaient de la violence. Au cours de la dernière décennie, le taux de crimes avec violence a plus que doublé comparativement au taux de 9 % en 1986. Cette situation peut sembler inquiétante, mais le taux à la hausse est dû à l'augmentation des voies de fait simples, la forme d'agression la moins grave (Statistique Canada, 1997d, p. 8).

En 1996–1997, les jeunes âgés de 12 et 13 ans représentaient 12 % des cas devant le tribunal pour adolescents, alors que les jeunes âgés de 16 et 17 ans représentaient 49 % des cas (Statistique Canada, 1998d). Les statistiques du tribunal pour adolescents (Statistique Canada, 1998d) révèlent que :

- Dans l'ensemble, le nombre de cas a diminué de 8,5 % entre 1992–1993 et 1996–1997.
- Les crimes contre les biens (auxquels on attribue environ la moitié de tous les cas entendus par le tribunal pour adolescents) ont chuté de 20,6 % au cours de la même période, alors que les crimes avec violence ont augmenté légèrement et que les cas reliés à la drogue ont doublé.
- Depuis 1992–1993, environ la moitié de tous les cas entendus impliquaient des voies de faits simples. Les cas de meurtres ou d'homicides involontaires représentaient moins de 1 % des cas entendus par le tribunal pour adolescents.

Un sondage d'opinion publique effectué en 1994 a révélé que la plupart des Canadiens (quatre sur cinq) pensent que le système juridique fait preuve de trop d'indulgence (Angus Reid Group, 1994, p. 18).

Les enfants de la rue

Bien que le nombre exact d'enfants de la rue ne soit pas connu, on peut dire que ce nombre est élevé. Par exemple, à Toronto, entre 3 000 et 5 000 jeunes vivaient dans la rue en 1990. La même étude sur les enfants de la rue de Toronto a révélé qu'environ les deux tiers de ces enfants ont été victimes de violence physique et un cinquième, d'agression sexuelle par quelqu'un vivant avec eux. Plus de la moitié (58 %) de ceux qui participaient à l'enquête ont déclaré que la violence dont ils ont été victime a contribué à leur décision de vivre dans la rue (Smart et coll., 1992, p. 24).

Bien que le nombre exact d'enfants de la rue ne soit pas connu, on peut dire que ce nombre est élevé. Par exemple, à Toronto, entre 3 000 et 5 000 jeunes vivaient dans la rue en 1990.

Environnement social et autres déterminants

Le revenu

Le divorce affecte les enfants à la fois sur le plan affectif et sur le plan économique. Les enfants dont les parents ont divorcé sont plus sujets à vivre dans la pauvreté, à être exposés aux conflits entre les parents et à voir moins le parent qui habite ailleurs. En même temps, les mères de ces enfants reçoivent un plus grand soutien de la société (Mandell et Duffy, 1995, p. 227).

La pauvreté est un facteur de risque important pour ce qui est de l'exposition à la violence à l'intérieur de la famille ou dans le voisinage et de la manifestation de comportements agressifs. En 1995, le Conseil national du Bien-être a signalé qu'environ 2,6 millions de ménages canadiens vivaient dans la pauvreté (CCDS, 1997, p. 29).

On peut attribuer les mauvais traitements et la négligence envers les enfants à plusieurs facteurs, entre autres, à la pauvreté. « Les facteurs familiaux incluent la consommation excessive de drogues, des antécédents de violence familiale, de fréquentes discordes dans la famille et un rôle parental mal assumé dans la génération précédente. Les facteurs économiques et sociaux incluent un soutien monétaire insuffisant, le chômage ou le sous-emploi et l'absence de services sociaux » [Traduction] (Comité consultatif sur les services offerts aux enfants, 1990).

Le rôle des médias

Que ce soit explicitement ou implicitement, les médias transmettent des messages sur les relations sociales qui influencent les valeurs, les attitudes et le comportement social des enfants.

L'accessibilité aux nouvelles technologies augmente la possibilité d'être exposé à des messages violents transmis par les médias. La violence fait grandement partie de la culture se rapportant au divertissement, y compris la télévision, la vidéo, les films, les jeux vidéo et les bandes illustrées (ACSP, 1994, p. 13).

Les abonnements au câble ont augmenté, passant de 47 % en 1977 à près de 74 % en 1994 (Frank, 1995, p. 5). En 1996, près du tiers des ménages (31,6 %) possédaient un ordinateur — trois fois plus qu'en 1986 (Statistique Canada, 1996b). Regarder la télévision est cité comme l'activité parascolaire la plus courante chez les enfants (CCDS, 1997, p. 10).

Chaque année, l'enfant canadien moyen est exposé à 12 000 actes de violence et à plus de 1 000 viols à la télévision. Quand cet enfant finira ses études secondaires, il ou elle aura été exposé à 18 000 meurtres et à 800 suicides à la télévision (Chance, Avard et Thurm, 1995, p. 2).

L'éducation

Selon l'ELNEJ, des rapports parents-enfants positifs sont associés à des résultats normaux et supérieurs aux tests de maturité scolaire de l'école (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 48).

Les facteurs génétiques et biologiques

Les facteurs de risque d'ordre biologique et génétique peuvent restreindre les types d'environnement dans lesquels les enfants sont capables de participer. Par exemple, il est possible que certaines écoles et certains équipements récréatifs ne puissent s'adapter aux enfants ayant un handicap. La santé des enfants ayant ce type de facteur de risque peut se détériorer davantage puisqu'ils sont dans un environnement inapproprié à leur état.

Références

Angus Reid Group Inc. *Le Rapport Reid*, vol. 9, n° 7, juillet/août 1994, 18.

L'Association canadienne de santé publique. *La violence dans la société : perspective de santé publique*, document de discussion de l'Association canadienne de santé publique, Ottawa, L'Association canadienne de santé publique, 1994.

Benard, B. *Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School and Community*, Portland, OR, Western Regional Center for Drug-Free Schools and Communities, Northwest Regional Educational Laboratory, 1991.

Centre national d'information sur la violence dans la famille. *La violence conjugale et ses conséquences sur les enfants*, n° de catalogue : H72-22/7-1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996.

Chance, G., D. Avard et C. Thurm. « Television Violence ... Values ... Making Connections », *Child Action*, vol. 1, n° 5, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1995, p. 1–7.

Cheal, D. « Histoires de familles reconstituées », dans *Grandir au Canada : Enquête longitudinale et nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistiques Canada, 1996, p. 105–116.

Comité consultatif sur les services à l'enfance. *Les enfants d'abord*, Toronto, ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, 1990.

Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada, 1996*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1996.

Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada, 1997*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1997.

Dubois, D.L., et coll. « A Prospective Study of Life Stress, Social Support and Adaptation in Early Adolescence », *Child Development*, vol. 63, 1992, p. 542–557.

Finkel, K.C. « Sexual Abuse of Children: An Update », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 136, n° 3, 1987, p. 245–252.

Frank, J. « Les ménages canadiens se préparent technologiquement à emprunter l'inforoute », *Tendances sociales canadiennes*, vol. 38, automne 1995, p. 2–8, n° de catalogue : 11-008F, Ottawa, Statistique Canada, 1995.

Guy, K.A. (dir.). *Notre promesse aux enfants*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1997.

Institut canadien de la santé infantile. *Prévention de naissances à un poids insuffisant au Canada : stratégies et examen de la documentation*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1992.

Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994.

Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. « Les dimensions économiques de la participation », *Le progrès par la prévention*, Bulletin n° 10.

L'Institut Vanier de la famille. *Les familles canadiennes*, Ottawa, Institut Vanier de la famille, 1994.

Jaffe, P.G., D.A. Wolfe et S.K. Wilson. *Children of Battered Women*, Newbury Park, Sage Publications, 1990.

Lipman, E.L., D.R. Offord et M.D. Dooley. « Que savons-nous des enfants de familles dirigées par une mère seule? Questions et réponses tirées de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes », dans *Grandir au Canada : enquête nationale et longitudinale sur les enfants*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement et ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 95–104.

Mandell, N. et A. Duffy. *Canadian Families: Diversity, Conflict and Change*, Toronto, Harcourt Brace, 1995.

Manion, I. et S. Wilson. *Examen de la relation entre les antécédents de mauvais traitement et les comportements à risque chez les adolescents*. Centre national d'information sur la violence dans la famille, n° de catalogue : H72-21/139-1995F, Ottawa, Santé Canada, 1995.

Prentky, B. et A. Wolbert Burgess. « Rehabilitation of Child Molesters: A Cost-Benefit Analysis », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 60, n° 1, 1990, p. 106–120.

Richardson, C.J. « Divorce and Remarriage » dans *Families: Changing Trends in Canada*, M. Baker (dir.), Toronto, McGraw-Hill Ryerson Limited, 1996, p. 215–246.

Ross, D.P., K. Scott et M.A. Kelly. « Aperçu: les enfants du Canada durant les années 90 », dans *Grandir au Canada : Enquête nationale et longitudinale sur les enfants*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement et ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 17–52.

Rutter, M. « Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 57, n° 3, 1987, p. 316–331.

Santé Canada. *Vers une compréhension commune : Clarifier le concept de base de la santé des populations, Document de discussion*, Ottawa, Santé Canada, 1996a.

Santé Canada. *Une perspective autochtone : La violence familiale au sein des collectivités : renseignements du Centre national d'information sur la violence dans la famille*, n° de catalogue : H72-21/150-1997F, Ottawa, Santé Canada, 1996b.

Smart, R.G., et coll. *Drifting and Doing: Changes in Drug Use Among Toronto Street Youth*, Toronto, Fondation de la recherche en alcoolisme et toxicomanie, 1992.

Statistique Canada. *Langue, Tradition, Santé, Mode de vie et Questions sociales : enquête sur les populations autochtones, 1991*, n° de catalogue : 89-533, Ottawa, Statistique Canada, 1993.

Statistique Canada. « Violence envers les épouses », Les découvertes d'une enquête nationale, *Juristat : bulletin de service*, vol. 14, n° 9, n° de catalogue : 85-002-XPF, Ottawa, Statistique Canada, 1994.

Statistique Canada. *Divorces, 1994*, n° de catalogue : 84-213-XPB, Ottawa, Statistique Canada, 1996a.

Statistique Canada. *Le Quotidien*, 20 décembre 1996b.

Statistique Canada. « Violence envers les enfants et les jeunes dans la famille, 1996 », *Juristat : bulletin de service*, vol. 17, n° 11, n° de catalogue : 85-002-XPF, Ottawa, Statistique Canada, 1997a.

Statistique Canada. « Les enfants canadiens dans les années 90 : découvertes de l'ELNEJ », *Tendances sociales canadiennes*, vol. 44, printemps 1997, p. 2–11, n° de catalogue : 11-008-XPF, Ottawa, Statistique Canada, 1997b.

Statistique Canada. *Le Quotidien*, 6 novembre 1997c.

Statistique Canada. « L'agent de recherche sur les données concernant la justice », *Juristat : bulletin de service*, vol. 17, n° 13, n° de catalogue : 85-002-XPF, Ottawa, Statistique Canada, 1997d.

Statistique Canada. *Le Quotidien*, 2 juin 1998a.

Statistique Canada. *Le Quotidien*, 13 janvier 1998b.

Statistique Canada. *Violence familiale au Canada : profil statistique 1998*, n° de catalogue : 55-224-XPF, Ottawa, Statistique Canada, 1998c.

Statistique Canada. *Le Quotidien*, 30 avril 1998d.

Wachtel, A. *Mauvais traitement à l'égard des enfants: document de travail*, Centre national d'information sur la violence dans la famille, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1989.

Werner, E.E., et R.S. Smith. *Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*, New York, McGraw-Hill, 1982.

Willms, J.D. « Quality and Inequality in Children's Literacy: The Effects of Families, Schools and Communities » dans *Developmental Health and the Wealth of Nations: Social, Biological and Educational Dynamics*, D.P. Keating et C. Hertzman (dir.), New York, Gilford Press, 1999, p. 72–93.

Work and Eldercare Research Group of the Canadian Aging Research Network (CARNET). *Work and Family: The Survey*, Guelph, Gerontology Research Centre, University of Guelph, 1993.

Chapitre

5

L'environnement naturel et l'environnement créé

Aperçu

L'environnement physique — aussi bien l'environnement naturel que celui créé ou modifié par les humains — joue un rôle crucial dans le développement d'un enfant en bonne santé. L'environnement comprend le logement dans lequel les enfants vivent, l'air qu'ils respirent, l'eau qu'ils boivent, les aliments qu'ils mangent, les produits qu'ils consomment, de même que les parcs et les quartiers où ils s'amusent. Les enfants sont exposés à différents dangers tant dans les environnements naturels que dans ceux que l'on a créés.

On peut regrouper ces dangers en quatre catégories.

Les dangers causés par l'environnement physique : Les dangers provoquent des blessures involontaires de différentes sortes, y compris les blessures causées par les incidents liés à la circulation, les noyades, les attaques par des animaux, la suffocation, les brûlures, les chutes et les empoisonnements. Ces blessures sont considérées comme la principale cause de décès et une cause majeure d'hospitalisation chez les enfants. Elles peuvent aussi entraîner un handicap prolongé.

Les dangers biologiques : Les infections causées par les micro-organismes pathogènes sont qualifiées de dangers biologiques. Elles se propagent par le contact direct, les aliments, l'air, le sol et l'eau et peuvent affecter la santé des enfants. Les répercussions de ces infections vont des malaises gastro-intestinaux légers à la mort.

Les produits chimiques : Les produits chimiques libérés dans l'environnement peuvent être présents dans l'air, l'eau, le sol et la nourriture. Dans certains cas, ces produits chimiques peuvent présenter un risque pour les enfants.

La dégradation environnementale à l'échelle mondiale : Les effets du réchauffement du globe et l'amincissement de la couche d'ozone menacent sérieusement la santé des enfants.

Il y a assurément une relation entre l'environnement naturel et l'environnement créé. Par exemple, la qualité de l'air — élément important de l'environnement naturel — est fortement influencée par les activités humaines telles que le fonctionnement de véhicules et l'exploitation d'usines. La qualité de l'eau potable est influencée par le type d'eau utilisé de même que par les procédés de purification. La qualité des aliments est affectée par les pratiques relatives à la culture, telles que l'utilisation de pesticides, d'engrais chimiques, de suppléments et d'additifs de même que les méthodes d'entreposage et de préparation.

Cependant, l'air à l'intérieur est encore plus affecté par l'activité humaine. La qualité n'est pas seulement influencée par les polluants de l'air extérieur, mais aussi par les activités intérieures, telles que cuisiner, de même que par la qualité du logement (un logement à haut rendement énergétique doté d'une ventilation insuffisante augmentera les polluants de l'air à l'intérieur). De plus, les habitudes des résidants, comme l'usage du tabac, contaminent l'air à l'intérieur. La fumée de tabac ambiante est un contaminant persistant de l'air à l'intérieur. Les maisons et les salles de classe où le taux d'humidité est élevé constituent des milieux propices à la prolifération des moisissures, qui sont de forts agents allergènes.

Rapport avec le développement sain des enfants

Les enfants sont très vulnérables à leur environnement physique. Ils sont plus sensibles aux substances toxiques et aux conditions dangereuses que les adultes. Cette vulnérabilité accrue vient des comportements des enfants, de leur physiologie et du fait qu'ils sont à la première étape de leur développement (Chance et Harmsen, 1998).

Les comportements

Plusieurs caractéristiques des comportements des enfants augmentent leur exposition aux dangers chimiques, biologiques et physiques à la fois dans les environnements naturels et dans les environnements créés.

Les comportements et les blessures chez les enfants

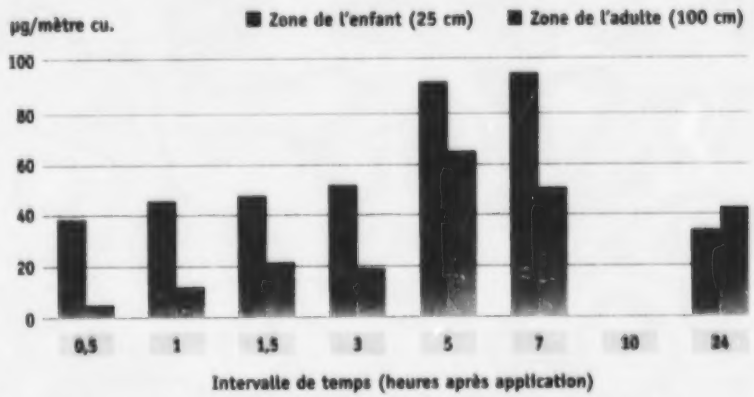
L'enfance est une période de grande mobilité et de découvertes soutenues. Les enfants se trouvent toutefois plus exposés à la suffocation, aux chutes et aux empoisonnements involontaires. Les enfants d'âge préscolaire sont plus vulnérables parce qu'ils sont curieux, qu'ils ont un sens d'indépendance en état de croissance et qu'ils n'ont pas la capacité de raisonnement pour comprendre le danger. Ils sont vulnérables à toutes sortes de blessures, en particulier aux blessures provoquées par des chutes, par l'ingestion de poison et aux incidents liés à l'eau et à la circulation. Comparativement aux tout-petits, les enfants d'âge scolaire sont moins touchés par les blessures mortelles et les blessures nécessitant une hospitalisation; cependant, les enfants plus vieux sont impliqués dans d'autres sortes d'accidents causant des blessures, tels que les incidents qui surviennent à bicyclette et dans les terrains de jeux. Étant donné que les adolescents s'évertuent à acquérir de plus en plus d'indépendance, ils font des expériences et prennent des risques, ce qui augmente les possibilités de subir de graves blessures (Rivara, 1994).

Les comportements des enfants et l'exposition aux dangers biologiques et chimiques

Les enfants, surtout en bas âge, mangent trois fois plus et boivent quatre fois plus de liquides par kilogramme de poids corporel que les enfants plus vieux ou les adultes. L'alimentation des enfants tend à être moins variée; par exemple, les enfants ont leurs propres préférences quant aux aliments, ils mangent plus de pommes et boivent plus de jus (Conseil national de recherches, 1993, p. 167–192). Cette consommation axée sur des aliments particuliers peut signifier que les enfants sont davantage exposés aux dangers chimiques comme les résidus de pesticides que les adultes. De plus, il est probable que les jeunes bébés ingèrent des agents toxiques ou infectieux contenus dans la poussière et dans le sol parce qu'ils jouent par terre et ont tendance à tout porter à la bouche et qu'ils sont à la période de la dentition (Calabrese, Stanek et Gilbert, 1991).

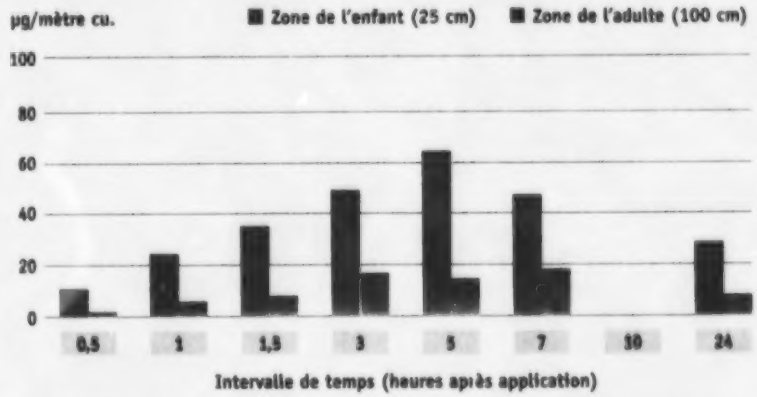
Les jeunes enfants passent, en moyenne, de 85 % à 90 % de leur temps à l'intérieur (Samet et coll., 1993). Les contaminants de l'air à l'intérieur ont tendance à se concentrer au niveau du plancher; parce que les enfants sont de plus petite taille et qu'ils passent plus de temps par terre, ils peuvent être exposés à de plus fortes concentrations de ces contaminants que les adultes. La ventilation fait circuler l'air à la hauteur des adultes, mais les enfants qui jouent sur le plancher n'en profitent pas (Fenske, 1992). Voir la **figure 5.1** et **figure 5.2.** Les enfants s'assoient souvent près des adultes ou sur eux et ils sont, par conséquent, plus proches de la source de fumée secondaire.

5.1 Concentration atmosphérique de chlorpyrifos dans la zone où un enfant rampe et un adulte s'asseoit, dans une pièce non ventilée, au Canada, en 1987



Source : R.A. Fenske. « Differences in Exposure Potential for Adults and Children Following Residential Insecticide Application » dans P.S. Guzelion et coll. (dir.). *Similarities and Differences Between Children and Adults*, p. 217–218. Avec la permission de l'éditeur, © 1992 International Life Sciences Institute, Washington, D.C., U.S.A.

5.2 Concentrations atmosphériques de chlorpyrifos dans les zones où un enfant rampe et un adulte s'asseoit, dans une pièce ventilée, au Canada, en 1987



Source : R.A. Fenske. « Differences in Exposure Potential for Adults and Children Following Residential Insecticide Application » dans P.S. Guzelion, et coll. (dir.). *Similarities and Differences Between Children and Adults*, p. 217–218. Avec la permission de l'éditeur, © 1992 International Life Sciences Institute, Washington, D.C., U.S.A.

Par ailleurs, les enfants risquent plus d'être exposés aux polluants atmosphériques (à l'intérieur et à l'extérieur) parce qu'ils passent plus de temps que les adultes à des activités intenses. Ils respirent plus rapidement et inhalent plus de polluants par kilogramme de poids corporel. Les enfants engagés dans des activités intenses comme la nage et le patinage peuvent être exposés à de plus fortes concentrations de composés chlorés dans les piscines, à l'oxyde de carbone (CO) et au bioxyde nitreux (NO_2) qu'on retrouve dans les patinoires intérieures (Aggazzotti et coll., 1993).

La physiologie et les risques chimiques

On sait maintenant que le fœtus est exposé à des substances toxiques qui passent à travers le placenta en raison des comportements de la mère durant la grossesse (comme fumer ou consommer de l'alcool et des drogues) ou parce que des substances toxiques comme les polluants organiques persistants ou les métaux lourds sont déjà présents dans le corps des femmes enceintes. Bien que les avantages connus de l'allaitement maternel compensent pour les risques incertains associés aux agents de contamination dans le lait maternel, la présence de hauts niveaux de contaminants chlorés organiques persistants, tels que les diphényles polychlorés, les dioxines et les furanes dans le lait des femmes inuites soulève des interrogations. Étant donné que les composés tels que le plomb ou les organochlorés (OC) peuvent s'accumuler dans les tissus organiques, l'exposition avant la grossesse augmente la quantité globale emmagasinée dans l'organisme de la mère et il en résulte que le fœtus qui se développe au cours de la grossesse y est exposé (MAINC, 1997, p. 456).

Les petits enfants peuvent absorber plus de substances toxiques que les adultes par la nourriture, l'eau, l'air, la poussière et le sol (Plunkett, Turnbull et Rodricks, 1992). Par exemple, les enfants sont capables d'absorber un plus grand pourcentage de plomb parce que leur système est jusqu'à cinq fois plus efficace. En outre, la barrière hémato-encéphalique encore peu développée chez les bébés est moins sélective quant à la perméabilité et, par conséquent, laissera passer le plomb plus facilement (Rodier, 1995).

Chez l'enfant, la capacité de métaboliser, de détoxifier et d'éliminer les substances toxiques peut être différente de celle d'un adulte. Par exemple, un bébé peut-être plus réceptif aux produits chimiques toxiques parce que les enzymes de détoxification contenues dans le foie et la capacité d'excrétion du rein n'ont pas atteint leur efficacité maximale, surtout au cours de la première année (Chance et Harmsen, 1998).

Le développement et les risques chimiques

Un tissu en croissance est prédisposé à l'interférence; par conséquent, les organes en développement peuvent plus facilement subir des dommages fonctionnels. Le développement des organes commence au stade fœtal et se continue jusqu'à l'adolescence. La croissance des organes n'est pas linéaire, elle se produit plutôt par poussées. Si l'exposition à des substances toxiques survient au cours de ces périodes critiques de la croissance, le système peut subir des dommages irréversibles.

Le cerveau est l'organe le plus complexe, qui prend le plus de temps à se développer et qui est donc le plus sensible aux influences environnementales. Il y est sensible à toutes les phases de la croissance. Les phases de développement du cerveau sont particulièrement importantes en raison de la limite de croissance des tissus neurals. Les périodes critiques de croissance ratées et les systèmes cellulaires importants détruits ne seront remplacés, contrairement à ce qui se produit pour certains organes comme le foie ou les muscles, qui se régénèrent facilement (Rodier, 1995). Cette perturbation de la croissance des tissus nerveux peut causer des anomalies neurologiques à une période ultérieure de la vie.

Même de faibles niveaux d'exposition à des substances toxiques peuvent affecter le développement des organes (Rice, 1998). À des concentrations jusqu'à 10 000 fois plus faibles que les concentrations nécessaires pour produire des effets toxiques, ce que l'on appelle les agents altéragènes des fonctions hormonales ou endocriniennes peuvent perturber la croissance (Colborn, Dumanoski et Peterson Myers, 1996a, p. 110–121). Avec les concentrations qu'on retrouve habituellement dans notre environnement, rien n'indique encore que ces agents altéragènes ont des effets nuisibles sur la santé des gens (Santé Canada, 1997a, p. 126 et 138).

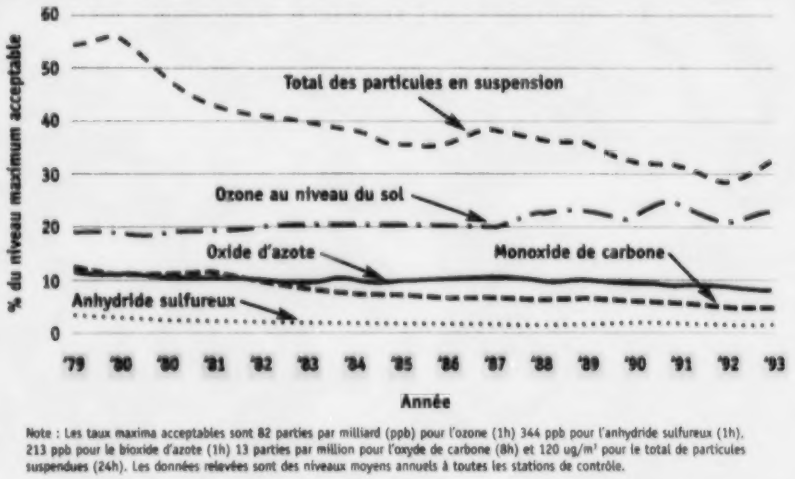
Conditions et tendances : l'environnement naturel

La qualité de l'air ambiant

Les principales sources de pollution de l'air proviennent de la nature, mais aussi des humains. Les polluants de l'air viennent de la combustion des combustibles fossiles dans la production d'énergie utilisée dans les procédés industriels, le transport et le chauffage. Les polluants de l'air peuvent être transportés sur de longues distances. Par exemple, une légère brume rousse, présente dans l'Arctique, provient de l'Europe et de l'Asie (Environnement Canada, 1996, p. 10–13). Dans le corridor Windsor-Québec, l'ozone au niveau du sol parvient des États-Unis, alors que les émissions de SO_2 en provenance de l'Ontario affectent la qualité de l'air dans l'est des États-Unis et des provinces de l'Atlantique (Environnement Canada, 1996, p. 10-11). Les autres composés tels que le plomb, de même que les pesticides, les dioxines et les BPC sont transportés dans l'air sur de longues distances. Par exemple, les pesticides utilisés en Amérique latine, au Mexique et aux États-Unis ont contribué à augmenter considérablement les niveaux de pesticides dans les Grands Lacs et dans l'Arctique (Environnement Canada, 1996, p. 9-14–9-20).

Comme les enfants respirent plus vite que les adultes, la quantité d'air inhalé en proportion de la taille et du poids de l'enfant est beaucoup plus grande (Plunkett, Turnbull et Rodricks, 1992). Les poumons des enfants sont vulnérables; de la naissance à l'âge de 8 ans, le nombre d'alvéoles augmente et croît encore. Les effets des contaminants de l'air sur les enfants peuvent se traduire par de la toux, une respiration sifflante et de l'asthme et peuvent diminuer les fonctions pulmonaires, ce qui entraîne une augmentation des hospitalisations.

5.3 Tendances dans les contaminants atmosphériques les plus répandus, au Canada, de 1979 à 1993



Note : Les taux maxima acceptables sont 82 parties par milliard (ppb) pour l'ozone (1h) 344 ppb pour l'anhydride sulfureux (1h), 213 ppb pour le bioxide d'azote (1h) 13 parties par million pour l'oxyde de carbone (8h) et 120 ug/m³ pour le total de particules suspendues (24h). Les données relevées sont des niveaux moyens annuels à toutes les stations de contrôle.

Source : Gouvernement du Canada. *L'état de l'environnement au Canada, 1996*, Ottawa, disponible auprès d'Environnement Canada, 1996, p. 10-10. Reproduit avec la permission du Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1998.

Les contaminants en suspension dans l'air à l'extérieur qui ont des répercussions sur la santé des enfants sont le dioxyde de soufre, les particules en suspension dans l'air, l'ozone au niveau du sol et le plomb. Voir la **figure 5.3**.

Le dioxyde de soufre

Le SO_2 est un gaz hautement hydrosoluble, irritant, qui provient de l'élimination par combustion du soufre ainsi que du charbon, du gaz et de l'huile soufrés. C'est en hiver qu'on connaît le plus haut niveau de SO_2. Environ 73 % du SO_2, à qui on attribue la pollution de l'air, provient de l'industrie, spécialement de l'industrie du minerai métallique; 23 % est le résultat de la combustion de combustibles à partir de blocs électrogènes, alors que 4 % vient des véhicules lourds qui brûlent du carburant diesel. Les niveaux de SO_2 ont diminué au fil des ans (Environnement Canada, 1996, p. 10-10).

Les niveaux plus élevés de SO_2 affectent la santé des enfants et causent des irritations aiguës aux voies respiratoires supérieures (c'est-à-dire au nez et à la gorge), de même qu'aux yeux. À de plus hautes concentrations, le SO_2 peut causer une bronchoconstriction, pouvant aller jusqu'au ralentissement des fonctions respiratoires. Les enfants asthmatiques sont plus sensibles au SO_2 que les enfants non asthmatiques. On estime que 1 % des hospitalisations d'enfants en Ontario sont dues aux hauts niveaux de SO_2 dans l'air ambiant (Burnett et coll., 1994).

Les particules en suspension dans l'air

Les particules en suspension dans l'air varient en taille et, en général, plus la particule est petite, plus il y a de risque pour la santé. Les particules en suspension dans l'air proviennent de différentes sources naturelles et artificielles. En 1992, au Canada, 65 % des émissions totales de particules étaient libérées dans l'air par les industries minière, houillère, papetière et par l'industrie du bois, alors que 22 % provenaient de la combustion de combustibles, soit des blocs électrogènes, ou de la production de chauffage résidentiel, tel que le chauffage au bois. Le transport est responsable de 10 % de l'émission de particules. Les événements naturels, comme l'érosion du sol, les incendies de forêt et la poussière provenant des tempêtes de vent contribuent aussi à l'émission de particules en suspension dans l'air. Au cours des dix dernières années, les émissions des particules provenant des industries ont diminué, mais les émissions provenant du chauffage au bois dans les résidences ont augmenté (Environnement Canada, 1996, p. 10-12 et 10-13).

Les particules plus petites que 10 µm (appelées substances particulaires) ne sont pas filtrées par le nez et peuvent atteindre la région bronchique et se déposer sur les poumons. Elles peuvent affecter les poumons et nuire à la santé des enfants. L'augmentation des niveaux de particules en suspension dans l'air a été associée à l'augmentation des quintes de toux et des hospitalisations et à l'altération de la fonction pulmonaire tant chez les enfants en santé que chez les enfants asthmatiques (Dockery et Pope, 1994; Koren, 1995). Les enfants asthmatiques sont plus sensibles aux substances particulaires que les enfants non asthmatiques. Les mécanismes par lesquels les particules inhalées affectent les poumons sont variés, mais l'inflammation des poumons joue un rôle important (Koenig, Covert et Pierson, 1989).

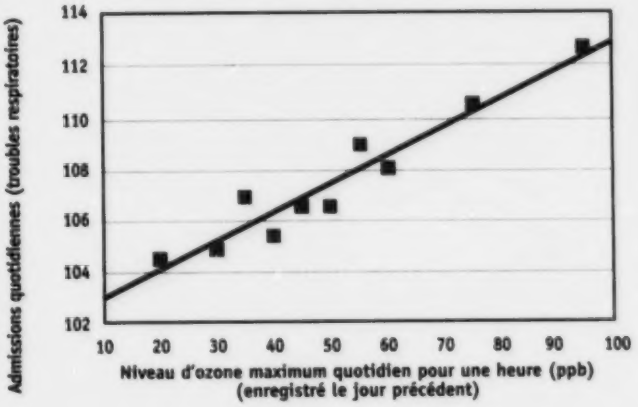
L'ozone au niveau du sol

L'ozone au niveau du sol se forme lorsque le soleil et de hautes températures interagissent avec les oxydes d'azote (NO_x) et les composés organiques volatils (COV). L'ozone au niveau du sol est plus élevé l'été durant le jour et est l'un des principaux constituants du smog d'été. En 1992, on a trouvé des moyennes annuelles élevées d'ozone au niveau du sol dans le corridor Windsor-Québec, dans la vallée du bas Fraser et dans le sud des Maritimes (Environnement Canada, 1996, p. 10-12).

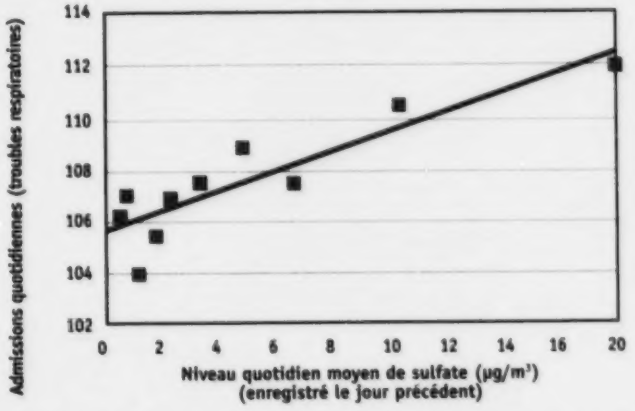
L'ozone au niveau du sol pose un problème particulier chez les enfants parce que l'ozone se forme lors de journées ensoleillées, au moment où les enfants sont le plus actifs et qu'ils jouent au grand air. L'ozone au niveau du sol affecte les enfants atteint d'asthme et aussi ceux qui n'ont pas d'affections pulmonaires connues. En Ontario, au cours des étés de 1983 à 1988, on a constaté qu'environ 15 % de toutes les admissions d'enfants à l'hôpital étaient attribuables aux effets de l'ozone (Burnett et coll., 1994). Voir la **figure 5.4**. Ces effets n'ont pas montré qu'il y a un seuil qui indiquerait l'existence d'une concentration d'ozone non sécuritaire. De plus, l'ozone peut avoir des répercussions sur les surfaces des alvéoles de jeunes enfants, qui pourraient affecter plus tard le développement des poumons (Richards et Brooks, 1995). Plusieurs études ont révélé une déficience dans la fonction pulmonaire des enfants par suite de l'exposition à l'ozone (Spektor et coll., 1988).

5.4 Admissions à l'hôpital liées à des troubles respiratoires — liens avec divers facteurs de la qualité de l'air, en Ontario, de 1983 à 1988

A. Relation entre les admissions quotidiennes liées à des troubles respiratoires et les niveaux maximum d'ozone par heure (ppb) le jour précédent, dans les hôpitaux de l'Ontario, de 1983 à 1988



B. Relation entre les admissions quotidiennes liées à des troubles respiratoires et les niveaux moyens quotidiens de sulfate (µg/m³) le jour précédent, dans les hôpitaux de l'Ontario, de 1983 à 1988

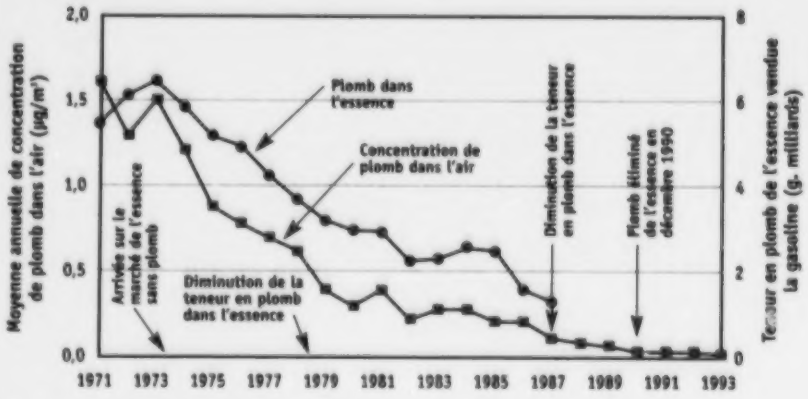


Source : R.T. Burnett et coll. « Effects of low ambient levels of ozone and sulphates on the frequency of respiratory admissions to Ontario hospitals », *Environmental Research*, vol. 65, 1994, p. 172–194.

Le plomb dans l'atmosphère

Le plomb dans l'atmosphère provient principalement des véhicules brûlant de l'essence au plomb, puis, en petites quantités, des fonderies et des usines de piles et de batteries. Depuis l'élimination de l'essence au plomb en 1990, l'exposition au plomb par l'intermédiaire de l'air ambiant n'est plus aussi répandue. Au Canada, les niveaux de plomb dans l'atmosphère ont diminué de 95 % depuis la mise en marché de l'essence sans plomb (Environnement Canada, 1996, p. 13-10). Voir la **figure 5.5**. Au cours des 25 dernières années, l'industrie minière a également réduit ses émissions de plomb (Environnement Canada, 1996, p. 11-64).

5.5 Quantité totale de plomb dans l'essence vendue en Ontario et concentrations moyennes annuelles de plomb dans l'air ambiant, à Toronto, de 1971 à 1993



Source : Gouvernement du Canada. *L'état de l'environnement au Canada en 1996*, Ottawa, disponible auprès d'Environnement Canada, 1996, p. 13-11. Reproduit avec la permission du ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1998.

Le cerveau et le système nerveux du fœtus et du jeune enfant en cours de développement sont particulièrement vulnérables au plomb. Parmi les effets nuisibles, mentionnons les anomalies du QI, les troubles d'apprentissage et les troubles d'apprentissage de la lecture, l'hyperactivité, de même que les troubles d'audition. On associe même les niveaux de plomb dans le sang aussi bas que 10 µg/100 ml aux effets nuisibles; il ne semble exister aucun seuil évident pour ce qui est du plomb (Needleman et Gatsonis, 1990).

La qualité des aliments et de l'eau

Des aliments et de l'eau potable de qualité sont essentiels à la croissance et à la santé des enfants. Au Canada, la qualité des aliments et de l'eau est en général très bonne; cependant, il peut survenir une contamination biologique et chimique de ces éléments vitaux, entraînant parfois des effets prononcés et prolongés sur la santé (Santé Canada, 1997a, p. 90–91).

Certains polluants qu'on trouve dans l'eau peuvent s'accumuler dans les organismes vivants de la chaîne alimentaire. Des substances comme les composés chlorés persistants (CCP) et les métaux comme le mercure sont présents dans l'eau à de faibles concentrations. Cependant, ces composés peuvent s'accumuler à des niveaux extrêmement élevés dans la chaîne alimentaire — 10 000 fois plus élevés dans le poisson que dans l'eau, et même à de plus hautes concentrations chez les mammifères et les oiseaux (Colborn, Dumanoski et Peterson Myers, 1996, p. 87–109).

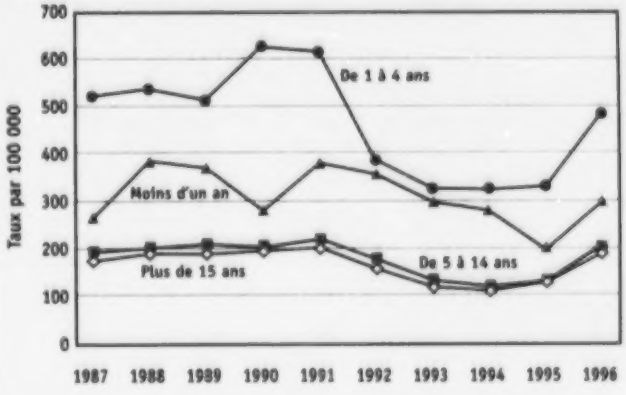
Comme les enfants mangent et boivent trois ou quatre fois plus d'aliments et d'eau que les adultes par kilogramme de poids corporel et qu'ils ont une alimentation moins variée, ils sont exposés à de plus fortes doses de contaminants par kilogramme de poids corporel (Conseil national de recherches, 1993, p. 172–192).

Toutefois, le gouvernement du Canada, par l'intermédiaire de Santé Canada, du ministère de l'Agriculture et de l'Agro-alimentaire, de Pêches et Océans Canada et d'Environnement Canada, a des programmes en place qui visent à protéger l'approvisionnement en vivres au Canada pour les Canadiens.

Les contaminants biologiques

Il est possible que les aliments et l'eau soient occasionnellement contaminés par des agents biologiques comprenant les bactéries, les virus et les protozoaires. Les enfants sont plus vulnérables que les adultes aux contaminants biologiques. De récentes études fournies par la Colombie-Britannique révèlent que les enfants d'âge préscolaire âgés de 1 à 4 ans ont les plus hauts taux d'infections intestinales (B.C. Provincial Health Officer, 1998, p. 65–78). Voir la **figure 5.6**. La *giardia* est le parasite protozoaire le plus commun dans les maladies d'origine hydrique. Le *cryptosporidium*, aussi un parasite protozoaire qui est même plus résistant au chlore que la *giardia*, était associé à de récentes urgences épidémiologiques. La moitié des gens affectés par le *cryptosporidium* étaient des enfants de moins de 14 ans (B.C. Provincial Health Officer, 1998). Les intoxications d'origine alimentaire résultent principalement de la manipulation, de la préparation et de l'entreposage inappropriés des aliments. La *salmonelle* et la *campylobactérie* sont également associées à ces urgences épidémiologiques (Santé Canada, 1997a, p. 118–119).

5.6 Taux de maladies intestinales à déclaration obligatoire, par groupes d'âges sélectionnés, Colombie-Britannique, de 1987 à 1996



Source : B.C. Provincial Health Officer. *The Health and Well-being of British Columbia's Children: Provincial Health Officer's Annual Report 1997* : Victoria : ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, p. 73.

La contamination chimique

La respiration de l'air à l'intérieur et l'ingestion d'aliments, d'eau et d'autres substances comptent parmi les voies d'entrée les plus communes des contaminants. Dans la nourriture, on peut trouver des métaux lourds tels que le plomb et le mercure, des pesticides, des composés organochlorés et des composés organiques, dont les mycotoxines. Les fruits et les légumes peuvent contenir bien des éléments naturels qui, lorsqu'ils sont testés en laboratoire, sont reconnus comme cancérigènes. Les effets de bon nombre de ces substances toxiques naturelles sont pernicieux et nuisibles à la santé des enfants (Ames et Gold, 1992).

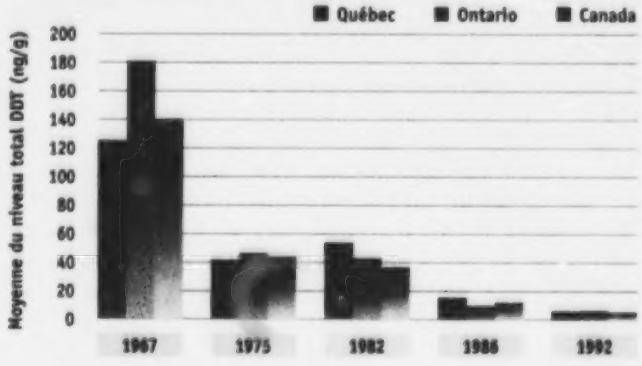
Le lait maternel

L'allaitement maternel est considéré comme la meilleure méthode d'alimentation pour la première année de vie d'un enfant. Bon nombre de substances toxiques se retrouvent à de bas niveau dans le lait maternel humain, y compris les médicaments prescrits, le méthylmercure, le plomb et l'œstrogène synthétique (Kacew, 1993). Les composés liposolubles et les composés persistants (par exemple, les BPC, le DDT, le lindane et l'hexachlorure de benzène) absorbés par la mère au cours de sa vie sont également accumulés dans le lait maternel et transférés au bébé au cours de l'allaitement au sein (Mes et coll., 1993). Voir la **figure 5.7**.

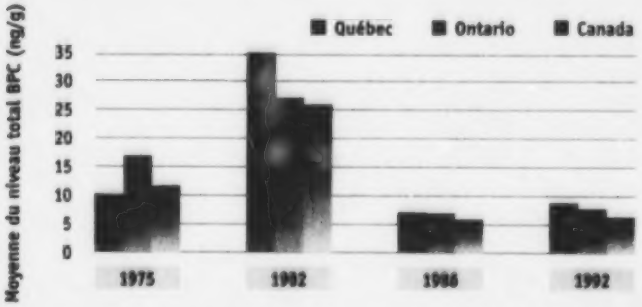
En général, les niveaux de ces produits chimiques contenus dans le lait maternel sont faibles. Il est difficile de déterminer s'il y a des effets reliés à la santé qui surviennent lors de la vie utérine ou lors de l'allaitement au sein. On a insinué que l'exposition des enfants aux BPC ou aux dioxines contenus dans le lait maternel peut être associée à de légères anomalies neurologiques et immunologiques, bien que ces effets soient fréquemment transitoires (Rogan et Rogan, 1994). Depuis les années 1970, les niveaux de BPC et de

5.7 Le DDT et les BPC dans le lait maternel : au Québec, en Ontario et au Canada, années sélectionnées, entre 1972 et 1992

A. Taux de DDT dans le lait maternel : au Québec, en Ontario et au Canada, années sélectionnées, entre 1967 et 1992



B. Taux de BPC dans le lait maternel : au Québec, en Ontario et au Canada, annnées sélectionnées, entre 1975 et 1992



Source : Gouvernement du Canada. *L'état de l'environnement au Canada, 1996*, Ottawa, disponible auprès d'Environnement Canada, 1996, p. 6-49. Reproduit avec la permission du ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1998.

pesticides organochlorés contenus dans le lait maternel ont chuté (Mes et coll., 1993). Néanmoins, Santé Canada et l'Organisation mondiale de la santé, entre autres, en sont venus à la conclusion que le lait maternel est généralement l'élément le plus sain et le plus nutritif pour les bébés.

Le plomb

Les composés du plomb se retrouvent dans les légumes, les céréales et l'eau potable. Les concentrations peuvent être élevées, surtout lorsque les légumes sont cultivés dans un sol contenant du plomb, et ainsi devenir une source dangereuse de plomb dans l'alimentation (Santé Canada, 1997a, p. 148). Cependant, puisque le plomb contenu dans l'environnement diminue, cette question est de moindre importance pour l'approvisionnement en vivres chez les Canadiens.

Le méthylmercure et les BPC contenus dans le poisson

Le sang du cordon ombilical des bébés inuits du Nunavik contient de hauts niveaux de mercure et de BPC; les niveaux de mercure sont près de 14 fois plus élevés que ceux qui sont enregistrés chez les nouveau-nés dans la population en général. Les mères avaient consommé de grandes quantités de poisson et de gras provenant de mammifères marins, qui contenaient de plus hauts niveaux de méthylmercure. Bien que les effets sur la santé de l'exposition à ce niveau de mercure ne soient pas connus, il reste que cette situation demeure préoccupante (Muckle, Dewailly et Ayotte, 1998, p. 24–25). Voir la **figure 5.8**.

Les nitrates

De hauts niveaux de nitrates se retrouvent dans certains légumes et fruits, spécialement lorsque des engrais chimiques sont utilisés en grande quantité pour la culture. De plus, une enquête réalisée en 1993 en Ontario a révélé que jusqu'à 40 % de tous les puits ruraux peuvent être contaminés à de hauts niveaux par des nitrates ou par des coliformes ou par les deux contaminants à la fois (Environnement Canada, 1996, p. 11-17). Les nitrates contenus à de hauts niveaux dans l'eau potable, une fois convertis en nitrites, peuvent engendrer de graves problèmes de santé chez les bébés. Ce contaminant compromettra le transport d'oxygène à partir des poumons jusqu'aux tissus des bébés, pathologie connue sous le nom de méthémoglobinémie (Bruning-Fann et Kaneene, 1993).

Les pesticides

Les pesticides sont des produits enregistrés par le gouvernement fédéral. L'enregistrement a entre autres pour but de minimiser l'exposition du manipulateur, du consommateur et de toute autre personne aux pesticides et à leurs sous-produits. Les enfants peuvent être exposés aux pesticides à partir de résidus sur les aliments et dans l'eau potable qu'ils consomment, aussi bien que par le contact avec les pesticides utilisés autour de la maison et dans les aires de loisirs comme les parcs. De même, les enfants peuvent ingérer involontairement

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

des pesticides lorsque ceux-ci ne sont pas entreposés ni éliminés selon les normes. Un comité du National Research Council des États-Unis (National Research Council, 1993) a examiné la sensibilité des bébés et des enfants aux pesticides contenus dans les aliments. On a ainsi déterminé la variation des indices de sensibilité, de toxicité et d'exposition aux pesticides en rapport avec l'âge.

5.8 Les BPC et le mercure dans le sang du cordon ombilical, populations sélectionnées, 1993–1996

A. Concentrations de BPC* (µg/L) dans le sang du cordon ombilical

Population	Nombre	Moyenne†	Variation
Nunavik (Québec), Inuit‡	480	2,0	0,2–18,6
MacKenzie/Kitikmeot (T.N.-O.), Inuit¶	62	1,0	0,2–5,1
Inuits de la région de Baffin (T.N.-O.)§	66	1,7	0,4–28,3
Déné/Métis des T.N.-O.¶	47	0,2	0,0–2,3
Montagnais de la basse et de la moyenne Côte-Nord††	101	2,0	0,3–15,0
Population côtière de la basse et de la moyenne Côte-Nord††	111	1,0	0,1–8,2
Non-autochtones des T.N.-O.¶	125	0,3	0,0–1,9
Sud du Québec en general‡‡	656	0,5	0,1–3,9

* Arochlore 1260 est fait à partir de la combinaison des éléments congénères 138 et 153 des BPC et en multipliant le résultat par 5,2
† Moyenne géométrique ‡ N° de réf. 37 ¶ rN° de réf. 38 § N° de réf. 39 †† N° de réf. 40 ‡‡ N° de réf. 41

B. Concentrations de mercure (µg/L) dans le sang du cordon ombilical

Population	Année	Nombre	Moyenne†	Variation
Nunavik (Québec), Inuit‡	1993–96	475	14,2	1,0–104,0
MacKenzie/Kitikmeot (T.N.-O.), Inuit¶	1994–95	62	5,7	n/a
Inuits de la région de Baffin (T.N.-O.)§	1996	67	10,4	0,6–75,8
Déné/Métis des T.N.-O.¶	1994–95	47	1,9	n/a
Montagnais de la basse et de la moyenne Côte-Nord††	1993–95	102	2,1	0,2–14,0
Population côtière de la basse et de la moyenne Côte-Nord††	1993–95	111	2,3	0,4–15,8
Non-autochtones des T.N.-O.¶	1994–95	121	1,7	n/a
Sud du Québec en general‡‡	1993–95	1109	1,0	0,2–13,4

N/D = non disponible
† Moyenne géométrique ‡ N° de réf. 37 ¶ rN° de réf. 38 § N° de réf. 39 †† N° de réf. 40 ‡‡ N° de réf. 41

Source : G. Muckle, E. Dewailly et P. Ayotte. « L'exposition prénatale des enfants canadiens aux biphényles polychlorés et au mercure », dans la *Revue canadienne de santé publique*, vol. 89, supplément 1, 1998, p. S24.

La qualité du sol

Le sol peut devenir contaminé par l'élimination des déchets, l'utilisation des pesticides et la pollution industrielle. La contamination du sol est généralement restreinte aux sites où les produits chimiques ont été versés, soit intentionnellement (par exemple, dans un site industriel isolé) ou accidentellement (par exemple, à partir d'un réservoir d'huile non étanche). Les lieux d'élimination de déchets dangereux suscitent un intérêt particulier puisque bon nombre de ces lieux sont situés près des zones urbaines. Malheureusement, l'étendue et la nature des contaminants dans les anciens dépotoirs ne sont pas connues, car on n'a gardé ni les permis, ni les contrôles réglementaires, ni les dossiers (Environnement Canada, 1996, p. 12-24).

des pesticides lorsque ceux-ci ne sont pas entreposés ni éliminés selon les normes. Un comité du National Research Council des États-Unis (National Research Council, 1993) a examiné la sensibilité des bébés et des enfants aux pesticides contenus dans les aliments. On a ainsi déterminé la variation des indices de sensibilité, de toxicité et d'exposition aux pesticides en rapport avec l'âge.

5.8 Les BPC et le mercure dans le sang du cordon ombilical, populations sélectionnées, 1993–1996

A. Concentrations de BPC* (µg/L) dans le sang du cordon ombilical

Population	Nombre	Moyenne†	Variation
Nunavik (Québec), Inuit‡	480	2,0	0,2–18,6
MacKenzie/Kitikmeot (T.N.-O.), Inuit¶	62	1,0	0,2–5,1
Inuits de la région de Baffin (T.N.-O.)§	66	1,7	0,4–28,3
Déné/Métis des T.N.-O.¶	47	0,2	0,0–2,3
Montagnais de la basse et de la moyenne Côte-Nord††	101	2,0	0,3–15,0
Population côtière de la basse et de la moyenne Côte-Nord††	111	1,0	0,1–8,2
Non-autochtones des T.N.-O.¶	125	0,3	0,0–1,9
Sud du Québec en général‡‡	656	0,5	0,1–3,9

* Arochlore 1260 est fait à partir de la combinaison des éléments congénères 138 et 153 des BPC et en multipliant le résultat par 5,2.
† Moyenne géométrique ‡ N° de réf. 37 ¶ rN° de réf. 38 § N° de réf. 39 †† N° de réf. 40 ‡‡ N° de réf. 41

B. Concentrations de mercure (µg/L) dans le sang du cordon ombilical

Population	Année	Nombre	Moyenne†	Variation
Nunavik (Québec), Inuit‡	1993–96	475	14,2	1,0–104,0
MacKenzie/Kitikmeot (T.N.-O.), Inuit¶	1994–95	62	5,7	n/a
Inuits de la région de Baffin (T.N.-O.)§	1996	67	10,4	0,6–75,8
Déné/Métis des T.N.-O.¶	1994–95	47	1,9	n/a
Montagnais de la basse et de la moyenne Côte-Nord††	1993–95	102	2,1	0,2–14,0
Population côtière de la basse et de la moyenne Côte-Nord††	1993–95	111	2,3	0,4–15,8
Non-autochtones des T.N.-O.¶	1994–95	121	1,7	n/a
Sud du Québec en général‡‡	1993–95	1109	1,0	0,2–13,4

N/D = non disponible
† Moyenne géométrique ‡ N° de réf. 37 ¶ rN° de réf. 38 § N° de réf. 39 †† N° de réf. 40 ‡‡ N° de réf. 41

Source : G. Muckle, E. Dewailly et P. Ayotte. « L'exposition prénatale des enfants canadiens aux biphényles polychlorés et au mercure », dans la *Revue canadienne de santé publique*, vol. 89, supplément 1, 1998, p. S24.

La qualité du sol

Le sol peut devenir contaminé par l'élimination des déchets, l'utilisation des pesticides et la pollution industrielle. La contamination du sol est généralement restreinte aux sites où les produits chimiques ont été versés, soit intentionnellement (par exemple, dans un site industriel isolé) ou accidentellement (par exemple, à partir d'un réservoir d'huile non étanche). Les lieux d'élimination de déchets dangereux suscitent un intérêt particulier puisque bon nombre de ces lieux sont situés près des zones urbaines. Malheureusement, l'étendue et la nature des contaminants dans les anciens dépotoirs ne sont pas connues, car on n'a gardé ni les permis, ni les contrôles réglementaires, ni les dossiers (Environnement Canada, 1996, p. 12-24).

Les bébés et les tout-petits sont particulièrement à risque face au sol contaminé parce qu'ils portent souvent leurs mains à la bouche quand ils jouent et quand ils mangent. La quantité de terre ingérée alors qu'ils jouent dehors dépend de l'âge des enfants. On estime qu'un enfant ingère en moyenne de 35 mg à 50 mg environ de terre par jour. Les enfants qui éprouvent le besoin constant de manger des substances non alimentaires ou qui ont un appétit pour ces substances, perversion de l'appétit désignée sous le nom de « allotriophagie », avaleront entre 5 g et 10 g de terre par jour (Calabrese, Stanek et Gilbert, 1991). Une étude comparant les niveaux de métaux contenus dans le sol aux niveaux de métaux dans le sang chez les enfants montre une faible association entre les deux (Jin et Teschke, 1995).

Les lieux d'élimination des déchets

Il n'est pas facile d'évaluer les répercussions sur la santé engendrées par les sites d'élimination des déchets toxiques. Le fameux cas du « Love Canal », dans lequel une usine produisant du lindane a déversé des déchets industriels, a fait l'objet d'une étude approfondie. Après la fermeture de l'usine et la construction d'un groupe d'habitations sur le lit du canal, la zone est devenue un important lieu de recherche. Plusieurs études menées sur le site ont révélé qu'il y avait un lien entre l'exposition de la mère, les bébés dont le poids est insuffisant à la naissance et les maladies chromosomiques (Gochfeld, 1995).

Le rayonnement et le réchauffement du globe

Le rayonnement ultraviolet

La couche d'ozone est située dans la stratosphère entre 18 km et 35 km au-dessus du niveau du sol; elle nous protège du rayonnement excessif des rayons ultraviolets (UV). Toutefois, depuis les années 1960, la couche d'ozone s'est amincie en raison de l'utilisation des composés chlorofluorés (CFC). Ces composés sont non toxiques et très stables et l'on s'en sert abondamment comme liquides détachants, fluides frigorigènes et agents propulseurs. Ils s'accumulent dans la stratosphère et appauvrissent lentement la couche d'ozone (Environnement Canada, 1996, p. 15-20).

L'exposition aux rayons ultraviolets est bénéfique, puisqu'elle produit de la vitamine D. Toutefois, une exposition prolongée peut entraîner des brûlures. Les bébés ont une peau particulièrement mince et sont donc plus sensibles aux coups de soleil. Il suffit de quelques coups de soleil lorsque les enfants sont tout jeunes pour augmenter le risque de contracter un cancer de la peau à l'âge adulte (Santé Canada, 1997a, p. 79).

Le radon

D'origine naturelle, le radon est un gaz radioactif provenant de l'uranium contenu dans le sol. Il peut s'accumuler dans les sous-sols, en s'infiltrant par les fissures de la fondation, et contaminer l'air à l'intérieur. L'exposition à de fortes concentrations de radon a un rapport avec le cancer du poumon, spécialement chez les mineurs (Axelson, 1995); l'exposition au radon à l'intérieur est également associée à la leucémie myéloïde, au cancer du

rein, au mélanome et à certains cancers infantiles (Henshaw, Eathough et Richardson, 1990). Henshaw, Eathough et Richardson (1990) ont dressé un graphique présentant les concentrations moyennes provinciales de radon par rapport à l'incidence de la leucémie infantile et ont trouvé une relation de dose-effet. Une étude effectuée à Winnipeg n'a pas trouvé que l'exposition au radon contenu dans l'air à l'intérieur augmentait le risque de manifester un cancer du poumon chez les adultes (Letourneau et coll., 1994).

Le réchauffement du globe

La hausse des niveaux de dioxyde de carbone (CO_2) dans l'atmosphère joue un rôle clé dans l'effet de serre; les dioxydes captent l'énergie provenant du soleil, provoquant ainsi une légère augmentation de la température de la planète. (Le CO_2 est libéré par la combustion des combustibles fossiles.) Au Canada, la température moyenne a augmenté de plus de 1°C au cours du siècle dernier (Environnement Canada, 1996, p. 15–12).

Bien qu'un climat plus chaud au Canada semble souhaitable, les répercussions d'une température moyenne plus élevée sur la santé des enfants ne sont pas précises. Le réchauffement du globe peut contribuer à voir apparaître plus de conditions climatiques extrêmes, entraînant un risque plus élevé de tempêtes et d'inondations. De plus, les enfants peuvent être exposés à un plus grand nombre de maladies infectieuses, spécialement celles qui sont maintenant surtout associées aux régions tropicales (Santé Canada, 1997a, p. 81).

Conditions et tendances : l'environnement créé

L'environnement créé a une incidence majeure sur la santé et le développement des enfants. Il est constitué des édifices, des parcs, des commerces, des écoles, du réseau routier et d'autres infrastructures avec lesquelles les enfants sont en contact journalier tout au long de leur vie. Les enfants ont besoin de protection et d'un environnement physique sécuritaire. La protection contre les blessures physiques est un aspect clé d'un environnement physique sain. Des maisons, des rues, des systèmes de transport et des terrains de jeux bien conçus favorisent la sécurité et la santé des enfants et des jeunes.

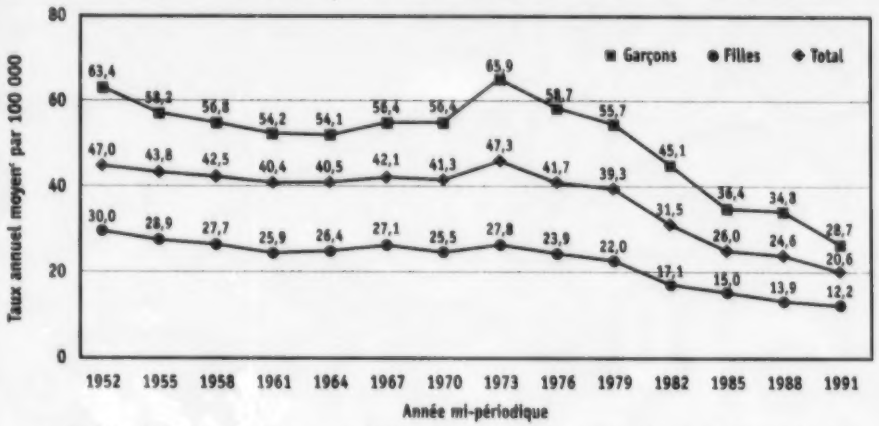
Les blessures : une menace importante pour la santé

Les blessures présentent une grande menace pour la santé dans l'environnement. Au Canada, en 1990 seulement, environ 1 500 enfants sont décédés et 81 000 ont été hospitalisés à cause de blessures (Santé Canada, 1997b, p. 16). Les blessures sont la première cause de mortalité chez les enfants et les jeunes de plus d'un an et la deuxième cause d'hospitalisation (les maladies respiratoires étant la première cause) (Santé Canada, 1997b, p. 18–19). Alors que les blessures de la route sont la principale cause de décès, les chutes sont le principal type de blessures pour lesquelles les enfants sont admis à l'hôpital (Santé Canada, 1997b, p. 22–23). Pour chaque enfant qui meurt par suite de

blessures, beaucoup plus requièrent l'hospitalisation, des soins dans une salle d'urgence et des visites de suivi chez des professionnels de la santé. En bout de ligne, le coût financier pour les contribuables est élevé (Angus et coll., 1998) et le coût personnel, l'invalidité résiduelle et la souffrance qui en découlent sont importants. Les décès par suite de blessures ont continué à chuter au Canada — de 31,5 par 100 000 habitants qu'il était en 1981–1983 à 20,6 par 100 000 habitants en 1990–1992 (Santé Canada, 1997b, p. 24). Voir la **figure 5.9**.

Il y a une corrélation entre les blessures et le stade de développement de l'enfant et les activités quotidiennes.

5.9 Décès causés par les blessures pour les années sélectionnées[a], par sexe, les enfants et les jeunes de zéro à 19 ans, au Canada, de 1951–1953 à 1990–1992[b]



a. 9e révision DCI des codes E800 à E899. Ce groupement inclut les blessures intentionnelles et non intentionnelles et les blessures d'intention indéterminée.

b. Périodes de trois ans : 1er janvier 1951, au 31 décembre 1992.

c. Dénominateur : population de 0 à 19 ans, Canada.

Source : Santé Canada. *Pour la sécurité des jeunes Canadiens : Des données statistiques aux mesures préventives*, nº de catalogue : H39-412/1997F. Ottawa : Santé Canada, 1997, p. 22.

Les blessures chez les jeunes enfants

L'enfance et la période préscolaire sont, pour les enfants, des périodes de grandes découvertes où ils passent normalement la majeure partie de leur temps à la maison. Le fait qu'ils portent tout à la bouche augmente la possibilité qu'ils ingèrent des substances nocives ou qu'ils suffoquent. Pour les bébés, la suffocation est la principale cause de décès liés à des blessures, alors que, pour les enfants d'âge préscolaire, les blessures de la route sont la principale cause de décès par suite de blessures (Santé Canada, 1997b, p. 22). Les chutes sont une cause majeure de blessures chez les bébés et les enfants d'âge préscolaire (Santé Canada, 1997b, p. 23). On compte parmi les autres causes importantes de blessures chez les bébés et les enfants d'âge préscolaire les brûlures causées, entre autres, par l'eau chaude du robinet ou par un liquide chaud, la suffocation et l'obstruction par la nourriture ou de petits objets ainsi que l'empoisonnement (Santé Canada, 1997b, p. 23; Rivara, 1994).

Les blessures chez les enfants d'âge scolaire

Lorsque les enfants atteignent l'âge scolaire, ils se sentent capables de se rendre à l'école tout seuls et ils ont hâte d'apprendre, d'accroître leur autonomie et de commencer à prendre des décisions. Les enfants d'âge scolaire auront moins de blessures entraînant la mort et seront moins souvent hospitalisés à cause de blessures que les tout-petits et les jeunes. Alors que les maladies respiratoires sont la principale cause d'hospitalisation, les collisions entre véhicules et les mésaventures survenues à bicyclette sont grandement responsables des blessures involontaires chez ce groupe d'âge (Santé Canada, 1997b, p. 22 et 23).

Les blessures chez les adolescents

L'adolescence est une période de croissance rapide, de grandes attentes, et où les jeunes prennent de gros risques, augmentant ainsi la possibilité de blessures graves pour ce groupe d'âge. Au cours de la période de 1990–1992, les incidents liés à la circulation ont été la principale cause de blessures involontaires mortelles — on leur attribue près de 83 % des décès — alors que les noyades ont été la cause de 9 % des décès. Au cours de la même période, les hospitalisations sont survenues par suite de blessures involontaires causées par des collisions de la route (60 %) et des chutes (30 %) (Santé Canada, 1997b, p. 21–23).

L'adolescence est une période de croissance rapide, de grandes attentes, et où les jeunes prennent de gros risques, augmentant ainsi la possibilité de blessures graves pour ce groupe d'âge.

L'environnement résidentiel et les blessures

Les normes d'habitation et la disponibilité

La plupart des Canadiens sont logés dans des maisons de bonne qualité. Selon des données fournies en 1991, la majorité (68 %) des foyers canadiens satisfaisaient aux normes de conformité et d'abordabilité du gouvernement fédéral (SCHL, 1991; CCDS, 1996, p. 30). Toutefois, les autres familles vivaient dans des habitations de qualité inférieure, classées ainsi parce qu'elles nécessitaient des réparations, étaient trop petites pour loger toute la famille ou encore étaient trop dispendieuses pour le budget familial (CCDS, 1996, p. 30). De mauvaises conditions de logement ont un effet direct sur les blessures parce que beaucoup d'habitations de qualité inférieure ont souvent besoin de réparations.

La sécurité dans la maison

Les blessures surviennent très souvent à la maison. Environ 80 % des enfants âgés de moins de 4 ans se blessent à la maison (Santé Canada, 1997b, p. 32). À mesure que les enfants grandissent, ils passent moins de temps à la maison et les statistiques révèlent que les blessures se produisent plus souvent à l'extérieur de la maison.

Les trois quarts des blessures que les enfants s'infligent à leur résidence surviennent dans la maison, tandis que l'autre quart se produit dans le jardin ou le garage (Santé Canada, 1997b, p. 78). En 1993, quelques-unes des principales causes de blessures à la maison étaient les chutes (46,3 %), les brûlures (3,4 %) et les empoisonnements involontaires (3,2 %) (Santé Canada, 1997b, p. 80).

Beaucoup de produits ménagers, dont les détergents, les désinfectants, les médicaments, l'alcool, les solvants, les cosmétiques et les boules-à-mites, sont des produits potentiellement dangereux pour les petits enfants et ils devraient être gardés hors de leur portée et dans des contenants à l'épreuve des enfants. Les garages et les sous-sols contiennent souvent des produits comme de la peinture, du diluant pour peinture, du gaz liquide ou en bouteille, de la colle, de l'essence et autres produits pour les automobiles. Les tout jeunes enfants n'ont pas la capacité de juger ce qui peut être nocif et, pour cette raison, il n'est pas surprenant que 97 % des empoisonnements dans ce groupe d'âge se produisent alors que les enfants explorent leur propre maison (Santé Canada, 1997b, p. 174).

L'environnement résidentiel et l'exposition aux produits chimiques

L'air à l'intérieur

La qualité de l'air à l'intérieur est de la plus haute importance pour la santé des enfants, étant donné qu'ils passent beaucoup de temps à l'intérieur de la maison. De nombreuses sources de contaminants qui se trouvent dans la maison influencent la qualité de l'air à l'intérieur, dont la fumée secondaire (FTA). Les composés organiques volatils (COV) proviennent des meubles fabriqués de produits de bois aggloméré, des nettoyants ménagers et des produits de soins personnels et des pesticides. Les agents biologiques comme les moisissures, les acariens détritiqoles et les poils et squames d'animaux font partie des contaminants courants de l'air à l'intérieur. Ce « cocktail » de polluants de l'air à l'intérieur est aggravé par plusieurs facteurs, y compris le nombre de fumeurs et le degré d'humidité et la ventilation. Une ventilation adéquate et la position des évents peuvent réduire considérablement les niveaux de pollution dans une maison ou un édifice (Fernandez-Caldas et coll., 1995). Par exemple, des fenêtres ouvertes réduiront les polluants de l'air à l'intérieur de façon efficace à la hauteur d'un adulte assis; cependant, plus près du plancher — l'espace qu'occupent les tout-petits lorsqu'ils jouent — la ventilation est moins efficace (Fenske, 1992).

La fumée de tabac ambiante

La fumée de tabac ambiante (FTA), ou fumée secondaire, est un des polluants les plus courants de l'air à l'intérieur (Raizenne, Dales et Burnett, 1998, p. 49). Près de 2,8 millions d'enfants canadiens âgés de moins de 15 ans sont exposés à la fumée de tabac ambiante à la maison. La fumée de tabac ambiante contient plus de 4 000 produits chimiques, y compris le benzène, le goudron, la nicotine, des particules et autres agents cancérigènes (Santé Canada, 1997a, p. 62).

Les enfants exposés à un environnement rempli de fumée connaissent divers effets néfastes à leur santé (Stoddard et Miller, 1995). Ils présentent un risque plus élevé de décès par suite de maladies respiratoires et du syndrome de mort subite du nourrisson (DiFranza et Lew, 1996). Ils doivent aller plus souvent chez le médecin et sont hospitalisés pour des infections des voies respiratoires inférieures, comme la bronchite et la pneumonie (DiFranza et Lew, 1996). Ils présentent une fonction pulmonaire réduite (Cunningham, Dockery et Speizer, 1994) et ils sont plus sensibles aux infections causées par des virus et des bactéries (Wjst et coll., 1994). La fumée secondaire déclenche également des crises d'asthme et augmente la fréquence et la gravité de ces crises chez les enfants (Shephard, 1992).

Les composés organiques volatils

Les composés organiques volatils sont un mélange varié de composés tels que les aldéhydes, les hydrocarbures aromatiques et les composés chlorés, pour n'en nommer que quelques-uns. Le formaldéhyde est un irritant des yeux et de la gorge et provient du dégazement du bois aggloméré, de la mousse isolante d'urée-formaldéhyde (MIUF) et de colles. D'autres composés organiques volatils, comme le dichlorométhane et le toluène, peuvent également être libérés lorsqu'on peinture (Fernandez-Caldas et coll., 1995; Raizenne et coll., 1998). Le benzène présent dans l'air à l'intérieur provient de la fumée de cigarette et de fumées venant de garages adjacents. Le chloroforme et le dibromo-éthane 1,2 sont des dérivés de l'évaporation de l'eau du robinet, spécialement lorsqu'on prend une douche. Le dichlorobenzène provient des boules-à-mites. Lorsqu'il y a des animaux domestiques ou des animaux nuisibles dans la maison, les pesticides peuvent être utilisés (Fernandez-Caldas et coll., 1995; Raizenne, Dales et Burnett, 1998).

Il est difficile d'évaluer les répercussions sur la santé des différents mélanges complexes des polluants que l'on trouve dans les maisons, les écoles et les édifices publics. Beaucoup de ces composés sont cancérigènes et peuvent augmenter le risque de cancer chez les enfants. De plus, certains composés organiques volatils peuvent augmenter le risque d'anomalies neurologiques et du comportement et affecter la respiration (Fernandez-Caldas et coll., 1995).

La qualité de l'eau

Pour ce qui est des enfants, deux des plus importantes sources d'exposition au plomb dans la maison sont le plomb contenu dans les canalisations d'eau et la peinture. Les maisons construites avant 1950 sont raccordées aux conduites principales d'eau par des tuyaux de plomb; les maisons construites avant 1988 peuvent contenir des tuyaux de cuivre soudés au plomb (Santé Canada, 1997a, p. 101). Les effets nuisibles du plomb sur la santé sont bien connus, comme nous l'avons mentionné plus haut (Needleman et Gatsonis, 1990). L'eau du robinet est une source mineure d'exposition au plomb, avec des niveaux dans l'eau non traitée généralement sous 1µg/L (Santé Canada, 1997a, p. 101).

L'environnement résidentiel et l'exposition aux substances biologiques

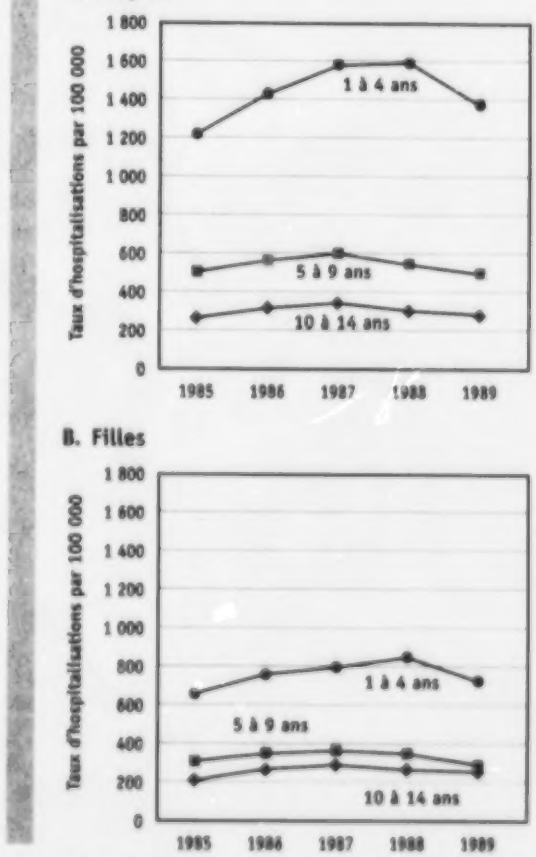
Les moisissures, les acariens détritiqoles et les poils et squames d'animaux sont des contaminants biologiques très répandus dans nos maisons. Ces allergènes peuvent engendrer une foule de réactions chez les enfants, spécialement chez les bébés et les jeunes enfants, dont le système immunitaire n'a pas atteint son plein développement (Bessot, de Blay et Pauli, 1994; Dales et coll., 1991). Leur système peut réagir aux allergènes en développant une hypersensibilité, des allergies et de l'asthme. Environ 25 % des enfants souffrent d'allergies (Chad, 1995).

L'asthme est plus fréquent chez les plus jeunes enfants que chez les plus vieux. Chez les garçons de moins de 4 ans, la prévalence d'asthme est de 15 % et chute à 5 % chez les jeunes âgés de 10 à 15 ans (ICSI, 1994a). Voir la **figure 5.10**. La manifestation de l'asthme est associée aux acariens détritiqoles et aux moisissures dans les maisons (Marks et coll., 1995), alors que dans les zones défavorisées urbain, une hypersensibilité aux coquerelles allergènes peut entrer en ligne de compte (Kang, 1996). Si les jeunes enfants sont protégés des acariens détritiqoles et des moisissures allergènes, l'asthme et les allergies peuvent être réduits et peut-être évités (Bessot et coll., 1994).

L'environnement scolaire

Comme les enfants passent beaucoup de temps à l'école au cours d'une journée, plusieurs des points mentionnés plus haut s'appliquent également à cet environnement. Les enfants qui sont dans salles de classe où la circulation de l'air est insuffisante pourraient être exposés à de nombreux composés nocifs, qui peuvent causer le syndrome des bâtiments malsains (Chester et Levine, 1994). Cette exposition peut s'aggraver dans les établissements scolaires où l'on se sert de produits chimiques, dans les laboratoires et les classes d'art et de techniques.

5.10 Tendances en matière d'hospitalisation d'enfants liée à l'asthme, par sexe et âge, au Canada, de 1984 à 1990

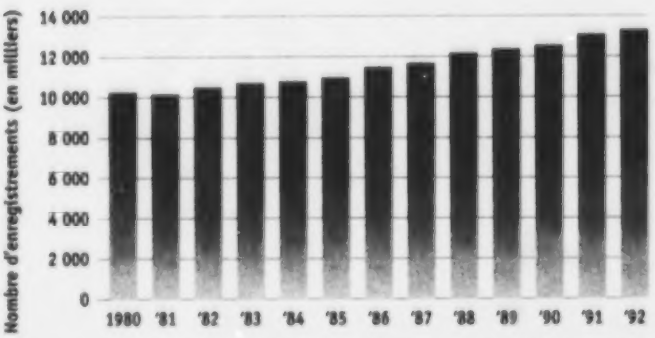


Source : L'institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants au Canada : profil statistique*, vol. 1, II8, vol. 2, IV-14, Ottawa, ICSI, 1994.

Le transport

Pour la plupart des familles, le transport et la mobilité font partie de la vie moderne de tous les jours. En 1993, il y avait 12 millions de véhicules au Canada, ce qui représente presque un véhicule pour deux Canadiens (Environnement Canada, 1996, p. 2-19). Voir la **figure 5.11**. Les véhicules présentent un risque parce que l'effluent gazeux pollue l'air atmosphérique qui, à son tour, a des répercussions sur le système respiratoire des enfants. Bien que les automobiles soient importantes dans notre société moderne, elles exposent les enfants et les jeunes au risque de subir des blessures et de mourir.

5.11 Total des automobiles immatriculées, au Canada, de 1980 à 1992



Source : Gouvernement du Canada. *L'état de l'environnement au Canada, 1996*, Ottawa, disponible auprès d'Environnement Canada, 1996, p. 2-19. Reproduit avec la permission du ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1998.

L'indépendance et la mobilité

La possibilité d'acquérir de l'indépendance au cours de l'enfance est une forme importante de la croissance. Ainsi, aller à bicyclette, marcher, utiliser les moyens de transport public constituent des occasions d'améliorer la vie quotidienne des enfants. Pour les enfants ayant un handicap, la mobilité et l'accès à leur environnement sont des facteurs importants pour acquérir une certaine autonomie. Des aides techniques spéciales et le transport public sont grandement accessibles aux enfants atteints d'un handicap dans la plupart des grands centres urbains. Environ 7 % des enfants de moins de 14 ans et 4,5 % des jeunes atteints d'un handicap ont de la difficulté à quitter leur résidence pour faire de courts voyages. Parmi les enfants de moins de 14 ans, presque 9 % ont de la difficulté à rencontrer des enfants de leur âge (ICSI, 1994b, p. 158–162).

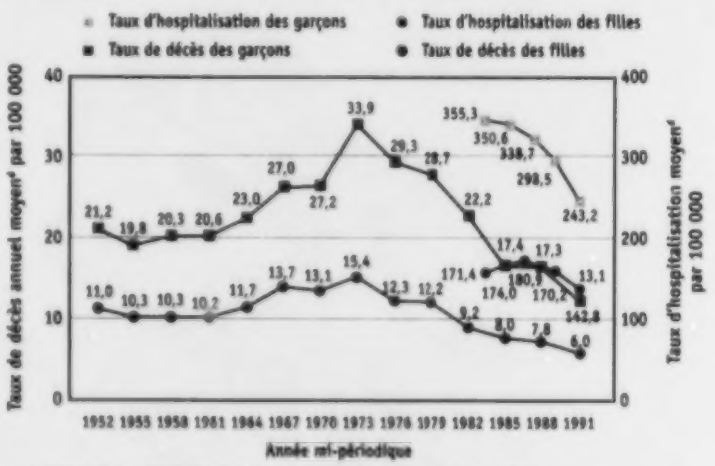
La sécurité sur les routes

En 1990–1992, deux enfants en moyenne meurent chaque jour des suites de collisions entre véhicules, alors que plus de 38 enfants sont hospitalisés. Le taux de blessures causées par des accidents de la route varie selon l'âge, le plus haut taux ayant été constaté dans le groupe des jeunes âgés de 15 à 19 ans (Santé Canada, 1997b, p. 46, 48, 82). Voir la **figure 5.12**. Chez les adolescents, la conduite automobile sert à la fois à se transporter et à s'amuser. Comme les jeunes hommes sont de nouveaux conducteurs inexpérimentés et qu'ils surévaluent leurs capacités de conduite, ils courent un risque beaucoup plus élevé d'être impliqués dans une collision en véhicules (DeJoy, 1992). Chez les conducteurs qui ont au moins cinq ans d'expérience de conduite, on constate un taux de mortalité ou de morbidité la moitié moins élevé, comparativement aux conducteurs qui ont moins de deux ans d'expérience (Santé Canada, 1997b, p. 90).

En 1990–1992, 116 enfants sont décédés alors qu'ils circulaient sur la voie publique et 1 793 autres enfants ont été hospitalisés par suite d'une collision avec un véhicule. Les enfants âgés de 5 à 9 ans sont les plus vulnérables à ce type de blessures (Santé Canada, 1997b, p. 101–102).

En 1990–1992, 46 enfants qui circulaient à bicyclette sont décédés des suites d'une collision avec un véhicule et 3 644 autres enfants ont été hospitalisés. La plupart des blessures sont survenues chez les enfants âgés de 5 à 14 ans et sont responsables de 70 % des décès par suite d'une collision à bicyclette et 77 % des hospitalisations (Santé Canada, 1997b, p. 115). On estime que 70 % des collisions mortelles sont dues à des erreurs de la part des cyclistes (Santé Canada, 1997b, p. 114).

5.12 Taux de décès et d'hospitalisation suite à des blessures liées aux véhiculess à moteur et autres véhicules routiers[a], par sexe et période, enfants et jeunes âgés de zéro à 19 ans, au Canada[b], de 1951–1953 à 1990–1992[c]



a. 9e révision CIM des codes E810 à E829. Exclut tout accident impliquant un avion ou vaisseau spatial (E840 à E845), un bateau (E830 à E838), un train (E800 à E807).

b. Données non disponibles pour l'Î.-P.-É., le N.-B., le Yukon et les T.N.-O.

c. Décès : périodes de trois ans : 1er janvier 1951 au 31 décembre 1992. Hospitalisation : périodes de deux ans : 1er avril 1982 au 31 mars 1992.

d. Dénominateur : population de 0 à 19 ans, Canada, Recensement de 1991. Pour les taux d'hospitalisation, le dénominateur exclusit la population de l'Î.-P.-É., du N.-B., du Yukon et des T.N.-O.

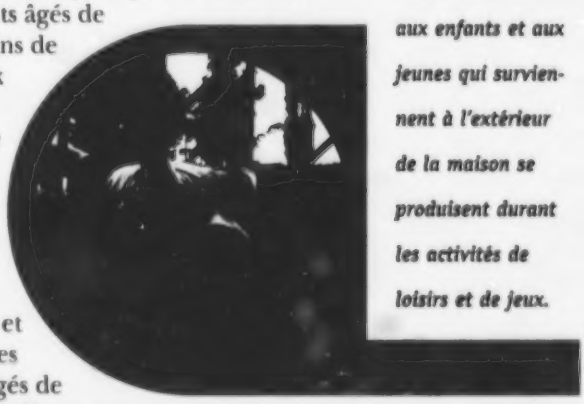
Source : Santé Canada. *Pour la sécurité des jeunes Canadiens : Des données statistiques aux mesures préventives*, nº de catalogue : H39-412/1997F. Ottawa: Santé Canada, 1997, p. 62.

L'environnement récréatif et les blessures

Les terrains de jeux, les parcs et les bâtiments de loisirs comme les piscines, les gymnases et les arénas sont d'autres environnements importants pour les enfants et les jeunes. La plupart des blessures causées aux enfants et aux jeunes qui surviennent à l'extérieur de la maison se produisent durant les activités de loisirs et de jeux.

L'équipement des terrains de jeux et les installations sportives

L'équipement des terrains de jeux est conçu pour aider les enfants à se développer, mais il peut parfois être dangereux. Bien que les normes relatives aux terrains de jeux et à l'équipement aient été établies par l'Association canadienne de normalisation (CSA, 1990) et qu'elles ont été mises à jour en 1998, les normes relatives aux terrains de jeux sont souvent interprétées et mises en application assez librement (Santé Canada, 1996, p. 73). Chaque année, des milliers de jeunes sont traités dans les salles d'urgence des hôpitaux ou sont hospitalisés après avoir été blessés alors qu'ils étaient au terrain de jeux ou lors d'un événement sportif. Près de 42 % des blessures survenues au terrain de jeux surviennent dans les terrains de jeux publics et 34 % à l'école ou dans les garderies. Chez les enfants âgés de moins de 5 ans, 50 % des blessures de terrains de jeux sont survenues dans les terrains de jeux publics. Les enfants d'âge scolaire seront, pour leur part, plus souvent blessés à l'école (41 %) ou bien lorsqu'ils s'amusent dans les parcs récréatifs publics (39 %) (Santé Canada, 1997b, p. 213).



La plupart des blessures causées aux enfants et aux jeunes qui surviennent à l'extérieur de la maison se produisent durant les activités de loisirs et de jeux.

Les blessures sportives sont aussi très courantes. Les données fournies par le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT) indiquent que 16 665 enfants âgés de moins de 20 ans ont été traités dans les salles d'urgence des hôpitaux au cours d'une année à cause de blessures qu'ils se sont infligées en pratiquant un sport. Ces blessures représentaient 36,4 % de toutes les causes de visite dans les salles d'urgence des enfants du groupe d'âge de 10 à 14 ans et 40 % de celles des enfants du groupe d'âge de 15 à 19 ans (Santé Canada, 1997b, p. 235). Voir la **figure 5.13**.

L'environnement récréatif et l'exposition aux produits chimiques

Sur les patinoires, les enfants peuvent être exposés à de plus hauts niveaux d'oxyde de carbone (CO) ou d'oxyde nitreux (NO_2) (Lee et coll., 1994). Dans les piscines, les enfants sont exposés à de hauts niveaux de chlore dans l'eau et dans l'air (Levesque et coll., 1994). De plus, les enfants dans les salles de classe où la circulation de l'air est insuffisante pourraient être exposés à de nombreux composés nocifs (syndrome des bâtiments malsains) (Chester et Levine, 1994).

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

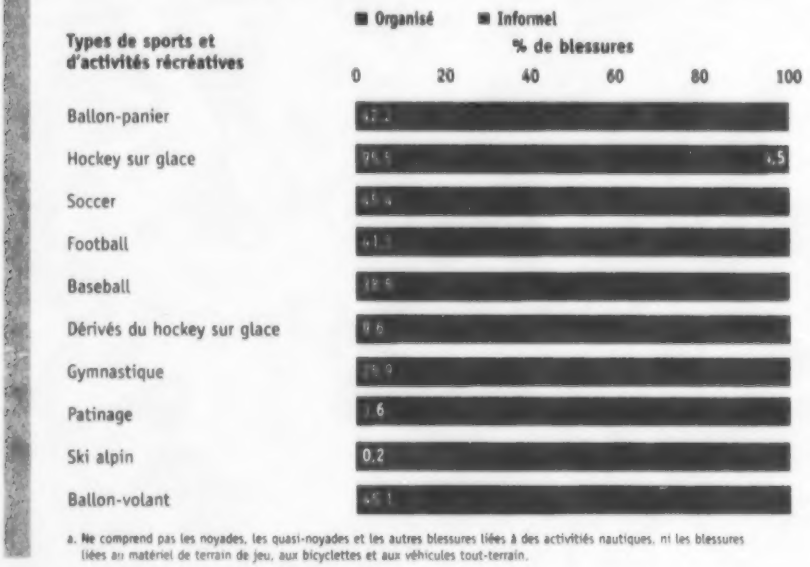
LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

5.13 Répartition des blessures liées aux dix activités récréatives et sportives les plus pratiquées[a], selon le contexte, chez les enfants et les jeunes âgés de zéro à 19 ans, au Canada, en 1993



a. Ne comprend pas les noyades, les quasi-noyades et les autres blessures liées à des activités nautiques, ni les blessures liées au matériel de terrain de jeu, aux bicyclettes et aux véhicules tout-terrain.

Source : SCHIRPT, données non publiées, 1993.

L'environnement récréatif et l'exposition aux substances biologiques

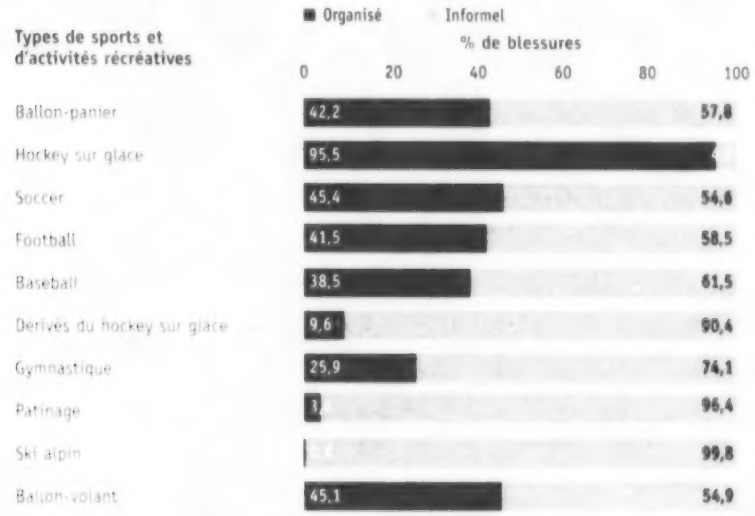
Les plages polluées et les autres étendues d'eau de récréation polluées sont une source d'infections gastro-intestinales, respiratoires et cutanées. À plusieurs plages en Ontario, les baigneurs étaient 2,3 fois plus susceptibles que les non-baigneurs de contracter une infection (Seyfried et coll., 1985). De plus, les véliplanchistes s'adonnant à leur sport sur le fleuve Saint-Laurent étaient 5,5 fois plus susceptibles que les observateurs de souffrir de maladies gastro-intestinales et 2,9 fois plus susceptibles de contracter des infections des oreilles, des yeux et de la peau (Dewailly, Poirier et Meyer, 1986).

Environnement et autres déterminants

Le revenu

La pauvreté augmente les risques de blessures chez les enfants. Une étude effectuée par Santé Canada a révélé que les enfants pauvres sont plus susceptibles de mourir de blessures que les autres enfants et que les enfants vivant dans des quartiers à faible revenu risquent plus de mourir par suite de blessures. Le taux de décès liés à des blessures chez les enfants et les jeunes les plus pauvres était de 40 % plus élevé que le taux de décès chez les enfants et jeunes les plus riches (pour bon nombre de blessures) (Santé Canada, 1997b, p. 57).

5.13 Répartition des blessures liées aux dix activités récréatives et sportives les plus pratiquées[a], selon le contexte, chez les enfants et les jeunes âgés de zéro à 19 ans, au Canada, en 1993



Source : SCHIRPT, données non publiées, 1993.

Les plages polluées et les autres étendues d'eau de récréation polluées sont une source d'infections gastro-intestinales, respiratoires et cutanées. À plusieurs plages en Ontario, les baigneurs étaient 2,3 fois plus susceptibles que les non-baigneurs de contracter une infection (Seyfried et coll., 1985). De plus, les véliplanchistes s'adonnant à leur sport sur le fleuve Saint-Laurent étaient 5,5 fois plus susceptibles que les observateurs de souffrir de maladies gastro-intestinales et 2,9 fois plus susceptibles de contracter des infections des oreilles, des yeux et de la peau (Dewailly, Poirier et Meyer, 1986).

Environnement et autres déterminants

La pauvreté augmente les risques de blessures chez les enfants. Une étude effectuée par Santé Canada a révélé que les enfants pauvres sont plus susceptibles de mourir de blessures que les autres enfants et que les enfants vivant dans des quartiers à faible revenu risquent plus de mourir par suite de blessures. Le taux de décès liés à des blessures chez les enfants et les jeunes les plus pauvres était de 40 % plus élevé que le taux de décès chez les enfants et jeunes les plus riches (pour bon nombre de blessures) (Santé Canada, 1997b, p. 57).

Les enfants les plus exposés aux effets de la pollution de l'environnement sont ceux qui sont pauvres. Les enfants pauvres vivent dans des logements à prix modique situés près des emplacements industriels, des autoroutes et des échangeurs et sur des sites auparavant utilisés pour l'élimination des déchets toxiques. Les enfants issus de familles à faible revenu sont plus à risque parce qu'il est plus probable que leur logement n'a pas été bien entretenu et qu'au départ ces logements avaient été mal conçus. Ces facteurs contribuent à augmenter la piètre qualité de l'air à l'intérieur à partir de sources comme les moisissures, le plomb (provenant de fragments de peinture) et les contaminants (p. ex., les pesticides utilisés pour contrôler les coquerelles) (Chaudhuri, 1998, p. 29).

Les pratiques de santé personnelles

Parmi les plus importantes sources de contamination de l'air à l'intérieur, il y a la fumée de tabac ambiante (FTA). Les bébés et les jeunes enfants dont les parents fument en leur présence sont particulièrement vulnérables à un certain nombre de risques pour la santé, dont les infections des voies respiratoires inférieures et l'asthme. Trente-neuf pour cent des enfants âgés de moins de 6 ans vivent avec un ou plusieurs fumeurs; 46 % des ménages canadiens comptent au moins un fumeur (Santé Canada, 1997c).

La culture : les enfants autochtones

Les enfants autochtones courent un plus grand risque de blessures que tous les autres enfants au Canada. Les blessures sont une cause majeure de décès chez les enfants et les jeunes autochtones. Le taux de blessures chez les bébés est presque quatre fois plus élevé que celui des autres bébés au Canada (Santé Canada, 1997b, p. 60). Le taux de blessures mortelles chez les adolescents et adolescentes autochtones est plus de trois fois le taux de celui des autres adolescents et adolescentes au Canada (ICSI, 1994b, p. 143).

Les enfants autochtones présentent un plus grand risque d'exposition aux contaminants que les autres enfants canadiens. Les facteurs de risque tels que des logements insalubres, des sources de nourriture, d'approvisionnement en eau et des systèmes sanitaires contaminés, de même que les contaminants de l'environnement intérieur et extérieur rendent les enfants autochtones particulièrement vulnérables aux effets toxiques des contaminants de l'environnement (Postl, MacDonald et Moffat, 1994; Young, Bruce et Elias, 1991).

Les familles autochtones sont plus souvent logées dans des habitations inférieures aux normes que les familles non autochtones. En 1996–1997, 48 % des unités résidentielles sur les réserves nécessitaient des rénovations ou devaient être remplacées. Au cours de la même période, 4 % des résidences n'avaient pas l'eau courante ni l'eau chaude (une diminution, comparativement à 17,7 %, dix ans auparavant) et 9 % ne possédaient pas de système d'évacuation des eaux usées (une diminution, comparativement à 28 %, dix ans plus tôt) (MAINC, 1998, p. 48).

Le sexe

Pour chaque type de blessures et pour chaque période de développement de l'enfant de plus d'un an, les garçons sont plus susceptibles de mourir ou d'être blessés que les filles. Selon la blessure, les garçons ont de deux à quatre fois plus de blessures que les filles, spécialement des blessures impliquant la vitesse et les sports (Santé Canada, 1997b, p. 234). L'explication de ces différences est difficile à établir avec précision et elle est complexe (Morrongiello, 1998).

Références

Aggazzotti, G., et coll. « Chloroform in Alveolar Air of Individuals Attending Indoor Swimming Pools », *Archives of Environmental Health*, vol. 48, p. 250–254, 1993.

Ames, B.N., et L.S. Gold. « Animal cancer tests and cancer prevention », *Monographs — National Cancer Institute*, 1992, p. 125–132.

Angus, D.A., et coll. *Le fardeau économique des blessures non-intentionelles au Canada*, Toronto, Smart Risk, 1998.

Association canadienne de normalisation. *Lignes directrices sur les aires et équipements de jeux des enfants*, CSA/CSA Z614-M90, 1990.

Axelson, O. « Cancer Risks from Exposure to Radon in Homes », *Environmental Health Perspective*, vol. 37 (suppl. 2), p. 37–43, Toronto, Axelson, 1995.

Bessot, J.C., F. de Blay et G. Pauli. « From allergen sources to reduction of allergen exposure », *European Respiratory Journal*, vol. 7, 1994, p. 392–397.

British Columbia Provincial Health Officer. *The Health and Well-being of British Columbia's Children: Provincial Health Officers Annual Report 1997*, Victoria, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 1998.

Bruning-Fann, C.S., et J.B. Kaneene. « The effects of nitrate, nitrite and N-nitroso compounds on human health: A review », *Veterinary and Human Toxicology*, vol. 35, 1993, p. 521–538.

Burnett, R.T., et coll. « Effects of low ambient levels of ozone and sulfates on the frequency of respiratory admissions to Ontario hospitals », *Environmental Research*, vol. 65, 1994, p. 172–194.

Calabrese, E.J., E.J. Stanek et C.E. Gilbert. « Evidence of soil-pica behaviour and quantification of soil ingested », *Human and Experimental Toxicology*, vol. 10, 1991, p. 245–249.

Chad, Z. « Current approach to allergies in children », *Canadian Journal of Pediatrics*, vol. 2, 1995, p. 293–305.

Chance, G. et E. Harmsen. « Les enfants sont différents : les contaminants de l'environnement et la santé des enfants », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 89 (suppl. 1), 1998, p. S10–S15.

Chaudhuri, N. « Environnement, pauvreté et santé des enfants: le contexte canadien », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 89 (suppl. 1), 1998, p. S28–S33.

Chester, A.C., et P.H. Levine. « Concurrent sick building syndrome and chronic fatigue syndrome: Epidemic neuromyasthenia revisited », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 18 (suppl. 1), 1994, p. S43–S48.

Colborn, T., D. Dumanoski et J. Peterson Myers. *Our Stolen Future*, New York, Penguin Group, 1996.

Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada, 1996*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1996.

Cunningham, J., D.W. Dockery et F.E. Speizer. « Maternal smoking during pregnancy as a predictor of lung function in children », *American Journal of Epidemiology*, vol. 139, 1994, p. 1139–1152.

Dales, R.E., et coll. « Respiratory health effects of home dampness and molds among Canadian children », *American Journal of Epidemiology*, vol. 134, nº 2, 1991, p. 196–203.

DeJoy, D.M. « An examination of gender differences in traffic accident risk perception », *Accident Analysis and Prevention*, vol. 24, 1992, p. 237–246.

Dewailly, E., C. Poirier et F. Meyer. « Health hazards associated with windsurfing on polluted water », *American Journal of Public Health*, vol. 76, 1986, p. 690–691.

DiFranza, J.R., et R.A. Lew. « Morbidity and mortality in children associated with the use of tobacco products by other people », *Pediatrics*, vol. 97, 1996, p. 560–568.

Dockery, D.W., et C.A. Pope. « Acute respiratory effects of particulate air pollution », *Annual Review of Public Health*, vol. 15, 1994, p. 107–132.

Environnement Canada. *L'état de l'environnement au Canada, 1996*, nº de catalogue : En21-54/1996E, Ottawa, Environnement Canada, 1996.

Fenske, R.A. « Differences in Exposure Potential for Adults and Children Following Residential Insecticide Application », dans *Similarities and Differences Between Adults and Children*, P.S. Guzelian, C.J. Henry et S.S. Olin (dir.), p. 214–225, Washington, ILSI, 1992.

Fernandez-Caldas, E., et coll. « Indoor Air Pollution », dans *Environmental Medicine*, S.M. Brooks et coll. (dir.), St. Louis, Mosby, 1995, p. 419–437.

Gochfeld, M. « Soil: Sources, Dynamics, and Routes of Exposure », dans *Environmental Medicine*, S.M. Brooks et coll. (dir.), St. Louis, Mosby, 1995, p. 515–523.

Henshaw, D.L., J.P. Eathough et R.B. Richardson. « Radon as a caustic factor of myeloid leukemia and other cancers », *Lancet*, vol. 335, 1990, p. 1008–1012.

Institut canadien de la santé infantile. « Maladies du système respiratoire », dans *La santé des enfants du Canada : un profil statistique*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994a.

Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants au Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994b.

Jin, A., et K. Teschke. *The Relation Between Exposure to Soil Contaminants and Biomarkers of Health Effects in Humans: Lead, Arsenic, Cadmium, Chromium and Benzene*, Vancouver, 1995.

Kacew, S. « Adverse effects of drugs and chemicals in breast milk on the nursing infant », *Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 33, 1993, p. 213–221.

Kang, B.C., et coll. « Experimental asthma developed by room air contamination with cockroach allergen », *International Archives of Allergy and Immunology*, vol. 111, 1996, p. 299–306.

Koenig, J.Q., D.S. Covert et W.E. Pierson. « Effects of inhalation of acidic compounds on pulmonary function in allergic adolescence subjects », *Environmental Health Perspectives*, vol. 79, 1989, p. 173–178.

Koren, H.S. « Association between criteria air pollutants and asthma », *Environmental Health Perspectives*, vol. 103, 1995, p. 235–242.

Lee, K., et coll. « Carbon monoxide and nitrogen dioxide exposures in indoor ice skating rinks », *Journal of Sports Science*, vol. 12, 1994, p. 279–283.

Letourneau, E.G., et coll. « Case-control study of residential radon and lung cancer in Winnipeg, Manitoba, Canada », *American Journal of Epidemiology*, vol. 140, 1994, p. 310–322.

Levesque, B., et coll. « Evaluation of dermal and respiratory chloroform exposure in humans », *Environmental Health Perspectives*, vol. 102, 1994, p. 1082–1087.

Marks, G.B., et coll. « Mite allergen (Der p 1) concentration in houses and its relation to the presence and severity of asthma in a population of Sydney schoolchildren », *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 96, 1995, p. 441–448.

Mes, J., et coll. « Levels of chlorinated hydrocarbon residues in Canadian human breast milk and their relationship to some characteristics of the donors », *Food Additives and Contamination*, vol. 10, 1993, p. 429–441.

Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. *Rapport d'évaluation sur les contaminants dans l'Arctique canadien*, nº de catalogue : R72-260/1997F, Ottawa, MAINC, 1997.

Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. *Données ministérielles de base, 1997*, QS-3575-000-BB-A1, nº de catalogue : R12-7/1997, Ottawa, MAINC, 1998.

Morrongiello, B.A. « Prévenir les blessures accidentelles chez les enfants », dans *La santé au Canada : Un héritage à faire fructifier — vol. 1, Les déterminants de la santé : les enfants et les adolescents*, nº de catalogue : H21-126/6-1-1997F, Ottawa, Forum national sur la santé, Santé Canada, 1998, p. 185–232.

Muckle, G., E. Dewailly et P. Ayotte. « L'exposition prénatale des enfants canadiens aux biphényles polychlorés et au mercure », *Journal canadien de santé publique*, vol. 89 (suppl. 1), 1998, p. S22–S27.

National Research Council. *Pesticides in the Diets of Infants and Children*, Washington, National Academic Press, 1993.

Needleman, H.L., et C.A. Gatsonis. « Low-level lead exposure and the IQ of children : A meta-analysis of modern studies », *Journal of American Medical Association*, vol. 263, 1990, p. 673–678.

Plunkett, L.M., D. Turnbull et J.V. Rodricks. « Differences Between Adults and Children Affecting Exposure Assessment », dans *Similarities and Differences Between Children and Adults: Implications for Risk Assessment*, vol. 1, P.S. Guzelian, C.J. Henry et S.S. Olin. Press, Washington, ILSI, 1992 p. 79–97.

Postl, B., S. MacDonald et M. Moffat. « Background Paper on the Health of Aboriginal Peoples in Canada », dans *Bridging the Gap: Promoting Health and Healing for Aboriginal Peoples in Canada*, Association médicale canadienne, 1994, p. 19–56.

Raizenne, M., R. Dales et R. Burnett. « Les effects de l'exposition à la pollution atmosphérique sur la santé des enfants », *Journal canadien de santé publique*, vol. 89 (suppl. 1), 1998, p. S47–S53.

Rice, D.C. « Questions de neurotoxicologie au cours du développement interprétation et implication des données », *Journal canadien de santé publique*, vol. 89 (suppl. 1), 1998, p. S31–S36.

Richards, I.S., et S. Brooks. « Respiratory Toxicology », dans *Environmental Medicine*, S.M. Brooks, et coll. (dir.), St. Louis, Mosby, 1995, p. 166–181.

Rivara, F.P. « Unintentional Injuries », dans *The Epidemiology of Childhood Disorders*, I.B. Pless (dir.), New York, Oxford University Press, Inc., 1994, p. 369–391.

Rodier, P.M. « Developing brain as a target of toxicity », *Environmental Health Perspectives*, vol. 103, 1995, p. 73–76.

Rogan, W.J., et N.B. Rogan. « Chemical contaminants, pharmacokinetics, and the lactating mother », *Environmental Health Perspectives*, vol. 102 (suppl. 11), 1994, p. 89–95.

Samet, J.M., et coll. « Nitrogen dioxide and respiratory illness in children. Part I: Health outcomes », *Research Report/Health Effects Institute*, 1993, p. 1–32; discussion, p. 51–80.

Santé Canada. *Vers des progrès décisifs dans la prévention des blessures. Perspective législative sur la prévention des blessures non intentionelle chez les enfants et les jeunes au Canada*, nº de catalogue H39-384/1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996.

Santé Canada. *Santé et Environnement : ensemble pour la vie*, nº de catalogue : H49-112/1997F, Ottawa, Santé Canada, 1997a.

Santé Canada. *Pour la sécurité des enfants et des jeunes : Des données sur les blessures et les mesures préventives*, nº de catalogue H39-412/1997F, Ottawa, Santé Canada, 1997b.

Santé Canada. *La fumée de tabac ambiante et les enfants*, Ottawa, Santé Canada, 1997c.

Seyfried, P.L., et coll. « A prospective study of swimming related illness. II. Morbidity and the microbiological quality of water », *American Journal of Public Health*, vol. 75, 1985, p. 1071–1075.

Shephard, R.J. « Respiratory irritation from environmental tobacco smoke », *Archives of Environmental Health*, vol. 47, 1992, p. 123–130.

Société canadienne d'hypothèques et de logement. « Les besoins en matière de logement des familles et des enfants au Canada », *Faits saillants sur la recherche et le développement*, n° 12, 1991.

Spektor, D.M., et coll. « Effects of ambient ozone on respiratory function in active, normal children », *American Review of Respiratory Diseases*, vol. 137, 1988, p. 313–320.

Stoddard, J.J. et T. Miller. « Impact of parental smoking on the prevalence of wheezing respiratory illness in children », *American Journal of Epidemiology*, vol. 141, 1995, p. 96–102.

Wjst, M., et coll. « Indoor factors and IgE levels in children », *Allergy*, vol. 49, 1994, p. 766–771.

Young, T.K., J. Bruce et J. Elias. *Les effets du logement et de l'infrastructure communautaire sur la santé dans les réserves indiennes au Canada*. Winnipeg, University of Manitoba, Northern Health Research Unit, Affaires indiennes et du Nord Canada, 1991.

Chapitre

6

Les pratiques de santé personnelles

Aperçu

Les pratiques de santé personnelles, telles que l'usage de tabac, d'alcool et de drogues, une saine alimentation, l'activité physique et les pratiques sexuelles, ont un effet considérable sur la santé et le bien-être des Canadiens et des Canadiennes. Les blessures involontaires — reliées aux collisions, aux chutes, aux mésaventures aquatiques et aux incendies — sont considérées comme la plus grande cause de décès chez les enfants et les jeunes.

Il est de toute évidence que les expériences vécues au cours de la petite enfance influencent l'adoption de pratiques saines tout au long de l'enfance et plus tard dans la vie. Les enfants ayant un poids suffisant à la naissance et les jeunes enfants qui bénéficient de soins de qualité, d'une bonne alimentation et d'abondantes occasions de stimulation sont plus enclins à avoir des comportements favorisant la santé au cours de leur vie. De même, les enfants qui développent de grandes habiletés d'adaptation, des compétences et de l'estime de soi ont tendance à adopter des comportements favorables à la santé.

Les pratiques de santé personnelles exercent une influence sur la santé des enfants. Un poids insuffisant à la naissance, qui augmente le risque de présenter certains problèmes de santé et des handicaps, peut être associé à des comportements maternels indésirables au cours de la grossesse, dont une alimentation déficiente, le tabagisme et la consommation d'alcool et de drogues.

Les pratiques de santé s'apprennent dans le contexte familial, la communauté et la société au tout début de la vie et se continuent à travers la période de transition à partir de l'école primaire et de la puberté jusqu'à l'école secondaire et le marché du travail. L'imitation des comportements des parents tels que l'usage du tabac et l'activité physique peut influencer leurs enfants à adopter ces comportements. Les valeurs et les attitudes de la societé ont une incidence sur les comportements et les choix de santé, tout comme en a le soutien social et émotif venant de la famille, des amis et de la communauté.

Rapport avec le développement sain des enfants

Les expériences en bas âge sont déterminantes.

Dans le développement de l'enfant, deux des périodes critiques surviennent pendant la grossesse et l'adolescence. Les comportements à risque au cours de ces périodes peuvent avoir un effet négatif sur le développement. Par exemple, au cours de la période prénatale, les comportements à risque de la mère tels que l'usage du tabac ou la consommation d'alcool peuvent entraîner des effets nocifs sur le fœtus comme un faible poids à la naissance ou une naissance prématurée. Les années de l'adolescence se révèlent une autre période critique, période durant laquelle les jeunes grandissent rapidement et deviennent de plus en plus indépendants. À ce stade de développement, les adolescents peuvent subir d'énormes pressions pour s'engager dans des activités et des comportements qui pourraient entraîner de graves répercussions susceptibles de persister (par exemple, des relations sexuelles non protégées, l'usage d'alcool et de drogues). Lors de ces deux périodes, de tels défis sont influencés par le sens des valeurs de la personne, le savoir et les attentes sociétales.

En franchissant ces différentes étapes de développement, de la conception à l'âge adulte, les fœtus, les enfants et les jeunes peuvent avoir à affronter bien des défis et à faire face à des situations qui comportent des risques. En plus de protéger les enfants des dangers éventuels, les parents (et la société) doivent les guider à travers toutes ces pressions, en leur donnant les compétences, le savoir et la confiance pour relever ces défis de manière responsable et fructueuse (Guy, 1997, p. 50).

L'état de santé et le comportement des femmes enceintes peuvent avoir un effet important sur la santé, le bien-être et le développement à long terme de leurs enfants. Il arrive également, dans des cas extrêmes, que l'état de santé ou le comportement de la femme peut engendrer de graves problèmes chez l'enfant, comme un poids insuffisant à la naissance, des anomalies neurologiques ou des retards de croissance (Santé Canada, 1996a, p. 4).

Les bébés dont le poids à la naissance est insuffisant courent un risque élevé de maladie et de décès. En fait, un poids insuffisant à la naissance est le déterminant dans 15 % des cas de décès des nouveau-nés, et ceux qui survivent risquent plus d'avoir des problèmes de santé et des handicaps (ICSI, 1994, p. 21 et 27).

L'allaitement maternel est une protection pour la santé des enfants.

L'allaitement maternel est largement reconnu comme la meilleure façon de nourrir les enfants en bas âge. L'allaitement maternel nourrit l'enfant non seulement physiquement mais aussi émotionnellement, en plus de lui fournir tous les avantages immunologiques qui améliorent la croissance et le développement de l'enfant. Il existe de fortes preuves que les enfants allaités au sein sont mieux protégés contre les infections respiratoires et intestinales et les infections des oreilles (Association canadienne des diététistes, 1998). L'allaitement maternel peut également protéger contre le syndrome de mort subite du nourrisson (Santé Canada, 1999a, p. 2).

Il est important que le rôle parental s'exerce de façon positive.

La stimulation précoce et une éducation positive sont essentielles au développement sain de l'enfant. De nouvelles preuves révèlent que le développement du cerveau avant l'âge de un an est plus rapide et plus critique qu'on ne le pensait auparavant. De plus, on s'entend pour dire que les deux premières années de la vie représentent une multitude d'occasions susceptibles de fournir des stimuli pour développer certaines parties du cerveau. Si cette période cruciale est sautée, le plein potentiel, en ce qui concerne certains aspects du développement du cerveau, peut être perdu (Kalil, 1989).

L'exposition à des environnements physiques et sociaux malsains lors de la petite enfance peut avoir des répercussions sur la santé des enfants et des jeunes. Par exemple, les enfants élevés dans une famille inapte à combler les besoins fondamentaux physiques et affectifs nécessaires à leur développement maximal ont plus de chance d'avoir des répercussions négatives sur leur santé — sur les plans émotionnel, comportemental et scolaire. Ce risque augmente de façon exponentielle à chaque addition d'un facteur de risque (comme l'exposition à la violence, l'exposition à l'abus d'alcool ou de drogues à la maison).

Une saine alimentation et l'activité physique contribuent à améliorer la santé.

Bien que dans l'ensemble la santé nutritionnelle des Canadiens soit bonne, les habitudes alimentaires de certains Canadiens contribuent à l'incidence élevée de maladies chroniques qui s'y rattachent, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'ostéoporose et le cancer (Association canadienne des diététistes, 1996, p. 4). L'évolution de la plupart de ces maladies est progressive et commence souvent dans l'enfance ou à l'adolescence. Le choix des aliments joue un rôle essentiel dans la santé nutritionnelle et influence de façon significative l'état de santé.

L'activité physique a un rapport direct avec la santé des enfants et des adultes. Les gens ayant un style de vie actif réduisent les risques de maladie ou sont moins sujets à un état chronique et peuvent plus facilement résister au stress et à la dépression. On peut aussi déduire que la participation à différents types d'activité physique favorise l'augmentation de l'estime de soi et de saines habitudes alimentaires, dont l'habitude de consommer des aliments qui contiennent plus de fibres, qui ont une plus faible teneur en matières grasses et une plus forte teneur en glucides complexes (Stephens et Craig, 1990).

Les enfants sont prédisposés aux blessures.

Les blessures involontaires sont la cause principale de décès chez les enfants de plus d'un an (CCDS, 1996, p. 24). Le cours naturel de la croissance et du développement fait en sorte que les enfants courent un risque plus élevé de s'infliger certains types de blessures à différentes étapes de leur vie. La plupart des blessures que s'infligent les bébés et les jeunes enfants (de 5 à 9 ans) surviennent par suite de chutes et d'autres incidents se produisant à la maison (38 %); les enfants entre 10 et 14 ans se blessent également à la maison (23 %), de même qu'en jouant à l'extérieur (15 %) ou sur la route (15 %) (ICSI, 1994, p. 70 et 71).

Les enfants ont besoin de prendre des décisions éclairées au sujet de l'usage du tabac, de l'alcool et des drogues.

Les expériences vécues au cours de l'enfance peuvent avoir des répercussions à long terme. Ainsi, les gens qui ont grandi dans l'entourage d'une mère ou d'un père alcoolique seront plus portés à abuser eux aussi de l'alcool. Ceux qui ont commencé à fumer tôt à l'adolescence ont également tendance à être plus dépendants que ceux qui ont commencé plus tard dans leur vie (Statistique Canada, 1998).

Les effets de l'usage du tabac sur la santé sont bien connus. L'usage du tabac (et la fumée de tabac ambiante), principale cause du cancer du poumon, a également un rapport avec la leucémie, de même qu'avec le cancer des sinus, du cerveau, du sein, de l'utérus ainsi que de la glande thyroïde et des ganglions lymphatiques (Santé Canada, 1999b). Les bébés des femmes qui fument ou qui ont été exposées à la fumée de tabac ambiante au cours de leur grossesse sont en moyenne plus petits à la naissance que les bébés des mères qui ne fument pas ou qui n'ont pas été exposées à la fumée (Santé Canada, 1995a).

En général, l'usage excessif et continu d'alcool peut endommager le foie et éventuellement provoquer une cirrhose du foie. L'alcool est également un facteur de risque pour contracter certaines formes de cancer.

Les jeunes des Premières nations (dont les jeunes Autochtones et les Métis) sont entre deux et six fois plus à risque que les jeunes de la population canadienne en général en ce qui concerne chacun des problèmes liés à l'alcool (McKenzie, 1997, p. 135).

Les adolescentes sont susceptibles de devenir enceintes et de contracter des MTS.

L'acquisition de l'intimité et de la confiance, l'identification au sexe de même que les expériences sexuelles et sensuelles commencent dès la petite enfance et influent sur une saine sexualité et les prises de décision dans le domaine de la sexualité tout au long de la vie. Le fait d'être un garçon ou une fille joue un rôle important dans la santé sexuelle. Bien que la santé se rapportant à la sexualité et à la procréation soit importante aussi bien pour les hommes que pour les femmes, la responsabilité en matière de prévention de grossesse incombe souvent aux jeunes femmes. Il est prouvé que des parents encore adolescents ont de plus petits revenus et plus de problèmes sociaux tout au long de leur vie (Santé Canada, 1999c, p. 4).

Les jeunes actifs sexuellement sont plus exposés à la transmission de maladies comme l'hépatite B, le SIDA et les maladies transmises sexuellement (MTS) — en partie parce qu'à peu près la moitié des jeunes âgés de 15 à 19 ans croit qu'il n'y a pas de risque de contracter des MTS (Williamson, 1993, p. 211). Des recherches ont révélé que la plupart des jeunes ne sont pas au courant ou ne se préoccupent pas des conséquences des MTS, qui comprennent la pelvipéritonite, la stérilité, la grossesse extra-utérine et les douleurs pelviennes chroniques (Santé Canada, 1999c, p. 16).

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Conditions et tendances

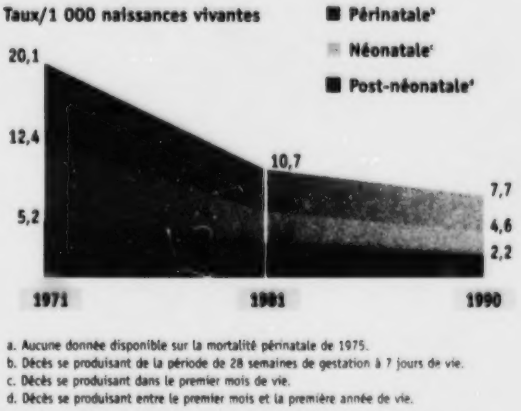
La santé prénatale et la santé infantile

L'incidence du poids insuffisant du bébé à la naissance, de l'accouchement d'un mort-né, des taux de morts périnatales et du syndrome de mort subite du nourrisson est demeurée constante ou bien a diminué au cours des dernières années. Plus de mères canadiennes allaitent leur enfant au sein et la plupart des femmes s'abstiennent de fumer pendant leur grossesse.

La plupart des bébés sont en santé.

Alors que la plupart des bébés au Canada ont un poids suffisant à la naissance, en 1990, 21 963 bébés — soit 5,5 % de tous les bébés nés au Canada — avaient un poids insuffisant à la naissance. Le taux des bébés de poids insuffisant à la naissance n'a pas changé de façon significative depuis les années 1980 (Statistique Canada, 1992a, p. 14 et 15). Les taux des bébés de poids insuffisant à la naissance sont pratiquement les mêmes pour la population des Premières nations que pour la population canadienne en général. Toutefois, les bébés qui ont un poids élevé à la naissance font partie des préoccupations des communautés des Premières nations, où 18 % des bébés avaient un poids élevé à la naissance, comparativement à 12 % pour la population en général (Santé Canada, 1996b).

6.1 Taux de mortalité périnatale, néonatale, post-néonatale au Canada de 1971 à 1990



a. Aucune donnée disponible sur la mortalité périnatale de 1975.
b. Décès se produisant de la période de 28 semaines de gestation à 7 jours de vie.
c. Décès se produisant dans le premier mois de vie.
d. Décès se produisant entre le premier mois et la première année de vie.

Source : Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants au Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, ICSI, 1994, p. 25.

Le nombre de mortinaissances (de même que les taux d'hospitalisations pour des avortements spontanés non précisés) a fait une chute remarquable dans tout le Canada entre 1974 (38 973) et 1993 (21 984) (Statistique Canada, 1996, p. 2). Le taux de morts périnatales a diminué de façon constante entre 1971, alors que le taux était de 20,1 par 1 000 naissances vivantes, et 1990, année où il a atteint un taux minima de 7,7 par 1 000 naissances vivantes; ces chiffres se sont stabilisés depuis 1985 (Statistique Canada 1992b, p. 40). Voir la **figure 6.1**.

Conditions et tendances

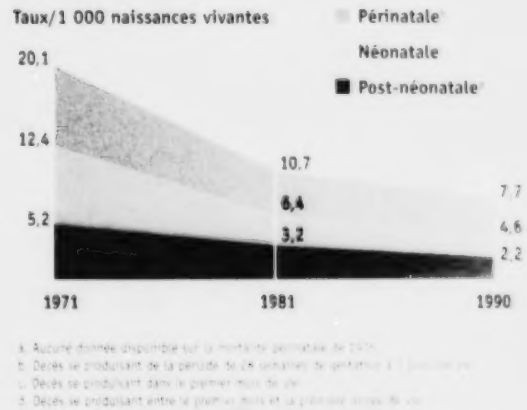
La santé prénatale et la santé infantile

L'incidence du poids insuffisant du bébé à la naissance, de l'accouchement d'un mort-né, des taux de morts périnatales et du syndrome de mort subite du nourrisson est demeurée constante ou bien a diminué au cours des dernières années. Plus de mères canadiennes allaitent leur enfant au sein et la plupart des femmes s'abstiennent de fumer pendant leur grossesse.

La plupart des bébés sont en santé.

Alors que la plupart des bébés au Canada ont un poids suffisant à la naissance, en 1990, 21 963 bébés — soit 5,5 % de tous les bébés nés au Canada — avaient un poids insuffisant à la naissance. Le taux des bébés de poids insuffisant à la naissance n'a pas changé de façon significative depuis les années 1980 (Statistique Canada, 1992a, p. 14 et 15). Les taux des bébés de poids insuffisant à la naissance sont pratiquement les mêmes pour la population des Premières nations que pour la population canadienne en général. Toutefois, les bébés qui ont un poids élevé à la naissance font partie des préoccupations des communautés des Premières nations, où 18 % des bébés avaient un poids élevé à la naissance, comparativement à 12 % pour la population en général (Santé Canada, 1996b).

6.1 Taux de mortalité périnatale, néonatale, post-néonatale au Canada de 1971 à 1990



a. Aucune donnée disponible sur la mortalité périnatale de 1971.
b. Décès se produisant de la période de 28 semaines de gestation à 7 jours de vie.
c. Décès se produisant dans le premier mois de vie.
d. Décès se produisant entre le premier mois et la première année de vie.

Source : Institut canadien de la santé infantile, *La santé des enfants au Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, ICSI, 1994, p. 25.

Le nombre de mortinaissances (de même que les taux d'hospitalisations pour des avortements spontanés non précisés) a fait une chute remarquable dans tout le Canada entre 1974 (38 973) et 1993 (21 984) (Statistique Canada, 1996, p. 2). Le taux de morts périnatales a diminué de façon constante entre 1971, alors que le taux était de 20,1 par 1 000 naissances vivantes, et 1990, année où il a atteint un taux minima de 7,7 par 1 000 naissances vivantes; ces chiffres se sont stabilisés depuis 1985 (Statistique Canada 1992b, p. 40). Voir la **figure 6.1**.

Le syndrome de mort subite du nourrisson est une importante cause de décès chez les bébés.

Le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) est la principale cause de décès chez les enfants entre un mois et un an. En 1995, 252 cas de mort subite du nourrisson ont été enregistrés — une diminution par rapport aux 266 enregistrées en 1993 (CFEMI, 1997). Bien que le nombre de décès dus au SMSN ait chuté de façon générale depuis 1978, le risque pour les enfants autochtones est plus élevé que pour les enfants non autochtones (Santé Canada, 1996b). En fait, on évalue que l'incidence du SMSN est environ trois fois plus élevée chez les enfants autochtones (Société canadienne de pédiatrie, 1996). Le sommeil en position ventrale, l'exposition à la fumée de tabac ambiante et le fait de garder les bébés trop au chaud contribuent à l'apparition du SMSN (Santé Canada, 1999a; Santé Canada, 1995b).

Qu'est-ce qui fait qu'un bébé a un faible poids à la naissance?

Parmi les facteurs contribuant à un faible poids à la naissance, mentionnons la malnutrition, l'usage de tabac, d'alcool et de drogues au cours de la grossesse, un poids insuffisant avant la grossesse, le très jeune âge de la mère et une naissance multiple (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996a, p. 12).

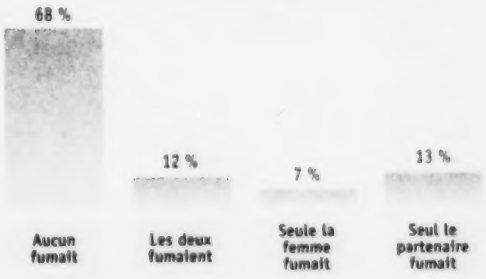
Un plus grand nombre de mères allaitent leur enfant.

Au Canada, la proportion des nouvelles mamans qui commencent à allaiter leur bébé au sein a augmenté, passant de 38 % en 1963 (Santé et Bien-être social Canada, 1990, p. 1) à 73 % en 1994–1995 (Santé Canada, 1998a, p. 9). Les données pour 1994 montrent que 31 % des mères allaitaient au sein leur bébé âgé de 6 mois (Santé Canada, 1998a, p. 30).

Une femme enceinte sur cinq fume.

Quoique la majorité des femmes canadiennes s'abstiennent de fumer la cigarette quand elles sont enceintes, 19 % des femmes âgées de 20 à 44 ans, qui ont été enceintes au cours des cinq années précédant une étude effectuée en 1994, fumaient régulièrement au cours de leur plus récente grossesse (Santé Canada, 1995c). Voir la **figure 6.2**.

6.2 Proportion des femmes âgées de 20 à 44 ans, et de leurs partenaires, qui fument régulièrement durant la grossesse, Canada, novembre 1994



Source : Santé Canada. *Enquête sur le tabagisme au Canada — Cycle 3*, Ottawa, Santé Canada, Diagramme 7.2, 1995.

Le syndrome de mort subite du nourrisson est une importante cause de décès chez les bébés.

Le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) est la principale cause de décès chez les enfants entre un mois et un an. En 1995, 252 cas de mort subite du nourrisson ont été enregistrés — une diminution par rapport aux 266 enregistrées en 1993 (CFEMI, 1997). Bien que le nombre de décès dus au SMSN ait chuté de façon générale depuis 1978, le risque pour les enfants autochtones est plus élevé que pour les enfants non autochtones (Santé Canada, 1996b). En fait, on évalue que l'incidence du SMSN est environ trois fois plus élevée chez les enfants autochtones (Société canadienne de pédiatrie, 1996). Le sommeil en position ventrale, l'exposition à la fumée de tabac ambiante et le fait de garder les bébés trop au chaud contribuent à l'apparition du SMSN (Santé Canada, 1999a; Santé Canada, 1995b).

Qu'est-ce qui fait qu'un bébé a un faible poids à la naissance?

Parmi les facteurs contribuant à un faible poids à la naissance, mentionnons la malnutrition, l'usage de tabac, d'alcool et de drogues au cours de la grossesse, un poids insuffisant avant la grossesse, le très jeune âge de la mère et une naissance multiple (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996a, p. 12).

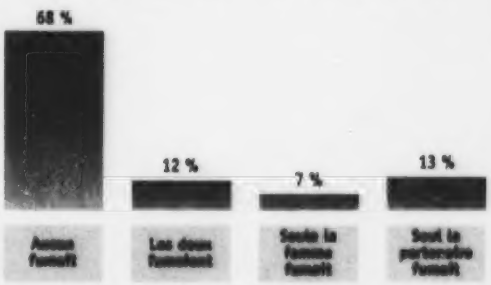
Un plus grand nombre de mères allaitent leur enfant.

Au Canada, la proportion des nouvelles mamans qui commencent à allaiter leur bébé au sein a augmenté, passant de 38 % en 1963 (Santé et Bien-être social Canada, 1990, p. 1) à 73 % en 1994–1995 (Santé Canada, 1998a, p. 9). Les données pour 1994 montrent que 31 % des mères allaitaient au sein leur bébé âgé de 6 mois (Santé Canada, 1998a, p. 30).

Une femme enceinte sur cinq fume.

Quoique la majorité des femmes canadiennes s'abstiennent de fumer la cigarette quand elles sont enceintes, 19 % des femmes âgées de 20 à 44 ans, qui ont été enceintes au cours des cinq années précédant une étude effectuée en 1994, fumaient régulièrement au cours de leur plus récente grossesse (Santé Canada, 1995c). Voir la **figure 6.2**.

6.2 Proportion des femmes âgées de 20 à 44 ans, et de leurs partenaires, qui fument régulièrement durant la grossesse, Canada, novembre 1994



Source : Santé Canada. *Enquête sur le tabagisme au Canada — Cycle 3*, Ottawa, Santé Canada, Diagramme 7.2, 1995.

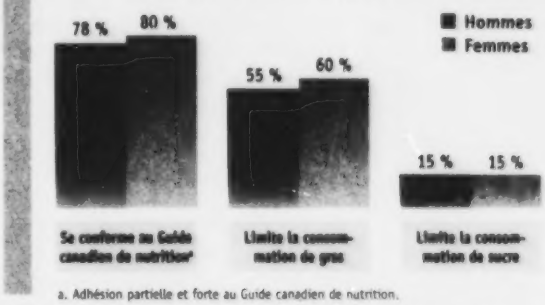
Une saine alimentation

À l'heure actuelle, il n'existe pas de données nationales détaillées sur les habitudes alimentaires des enfants et des jeunes ou sur l'incidence de l'obésité chez les jeunes. Cependant, il est reconnu que les bébés et les enfants en croissance sont les plus vulnérables à l'effet néfaste engendré par de mauvaises habitudes alimentaires. Bien que la plupart des enfants canadiens mangent bien, les enfants autochtones risquent plus de souffrir de carences nutritionnelles (par exemple, en fer, en vitamine D) (Association canadienne des diététistes, 1996, p. 4).

La plupart des enfants ont de saines habitudes alimentaires.

Les recherches ont révélé que 4 enfants sur 5 âgés de 10 à 14 ans mangent en suivant le Guide alimentaire canadien pour manger sainement, du moins partiellement (ICSI, 1994, p. 79). Voir la **figure 6.3**. Une étude qualitative réalisée en 1995 sur les perceptions des enfants et des parents en matière de saines habitudes alimentaires a montré que la plupart des enfants de 6 à 12 ans croyaient qu'ils mangeaient bien. Les parents d'enfants de 6 à 9 ans mentionnaient également que leurs enfants mangeaient sainement; toutefois, les parents d'enfants de 10 à 12 ans étaient moins portés à croire que leurs enfants avaient d'aussi saines habitudes alimentaires (Santé Canada, 1995d, p. 13 et 14).

6.3 Proportion par sexe des jeunes âgés de 10 à 14 ans ayant déclaré qu'ils utilisaient les stratégies sélectionnées pour bien manger, Canada, 1988



a. Adhésion partielle et forte au Guide canadien de nutrition.

Source : Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants au Canada : un profil de l' ICSI*, 2e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994, p. 79.

Bien manger n'est pas le lot de tout le monde.

Dans les communautés du Nord et les communautés autochtones isolées, la consommation de vitamine A, de calcium et d'acide folique est souvent inférieure aux doses recommandées (Lawn et Langer, 1994).

Alors que chez les enfants le taux de rachitisme dû à une carence en vitamine D a diminué après l'addition de vitamine D au lait en 1975 (Santé Canada, 1998b), le risque est encore présent, bien que minime. Les enfants dans les communautés du Nord et ceux qui ont la peau foncée sont les enfants qui présentent le plus grand risque de carence en vitamine D (Société canadienne de pédiatrie, Les Diététistes du Canada et Santé Canada, 1998, p. 19–20).

L'image corporelle

Le poids du corps, qui est en grande partie déterminé par les habitudes alimentaires et l'exercice, exerce une grande influence sur l'image que les jeunes ont d'eux-mêmes, qui, en retour, a des effets significatifs sur leur santé mentale, leur sentiment d'autoefficacité et leur façon de maîtriser les différentes circonstances de la vie. L'adolescence est une période particulièrement difficile pour les jeunes — surtout pour les adolescentes, qui peuvent présenter des troubles alimentaires.

Les filles sont préoccupées par leur image corporelle.

En 1993–1994, une étude internationale a démontré que 77 % des jeunes Canadiennes de 15 ans voulaient changer un aspect de leur corps, comparativement à 57 % des garçons canadiens (King et coll., 1996).

Plusieurs adolescentes luttent pour maintenir une image positive d'elles-mêmes. L'apparence physique et l'acceptation habitent constamment leurs pensées et leur perception d'elles-mêmes. Par exemple, dans une étude menée par la Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants, 48,2 % des filles étaient « entièrement d'accord » ou étaient « d'accord » avec l'affirmation suivante : « être populaire est une grande préoccupation pour moi actuellement ». De plus, 85 % des filles étaient « entièrement d'accord » ou étaient « d'accord » pour dire que leur apparence physique les préoccupait beaucoup (Association canadienne des enseignantes et des enseignants, 1990, p. 12). Une étude effectuée en 1998 a montré que plus du tiers (41 %) des filles de 13 ans et près de la moitié (44 %) des filles de 15 ans pensaient qu'elles devaient perdre du poids ou suivaient déjà un régime amaigrissant (King, Boyce et King, 1999, p. 70).

Bien que les filles soient moins actives que les garçons, le niveau d'activité des jeunes femmes âgées de 18 à 24 ans a augmenté de façon significative entre 1981 et 1995.

Les troubles alimentaires sont une source de préoccupations chez les jeunes.

Les jeunes femmes qui ont une image négative de leur corps courent un plus grand risque d'adopter des habitudes alimentaires désordonnées (par exemple, manger de façon excessive pour ensuite prendre une purgation, se forcer à vomir, refuser de manger) que celles qui ne se préoccupent pas de leur image corporelle. Les garçons ne sont pas immunisés contre une apparence physique négative. On a découvert que chez les garçons et les jeunes hommes, une faible estime de soi avait un lien avec l'obsession de prendre du poids — obsession parfois accompagnée de prise de stéroïdes anabolisants (Santé Canada, n.d. b, p. 2). En 1996, 5 % des garçons de 13 ans et 4 % des garçons de 15 ans ont fait usage de stéroïdes anabolisants (Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire, une étude multi-nationale de l'Organisation mondiale de la santé, 1997–98).

Chez les adolescents et les jeunes adultes, de 1 % à 2 % manifestent de l'anorexie nerveuse et 3 % à 5 % de la boulimie (Santé Canada, 1995e, p. 1). La prévalence de l'obésité chez les enfants a augmenté de façon considérable au cours de la dernière décennie, passant de 14 % à 24 % chez les filles et de 18 % à 26 % chez les garçons (Association canadienne des diététistes, 1996, p. 4).

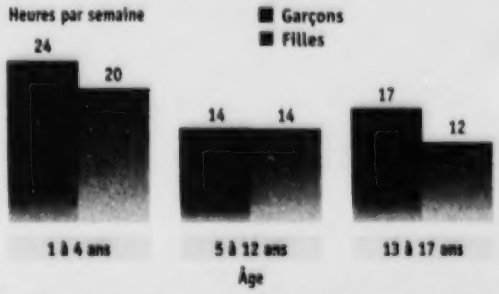
L'activité physique

La participation à des activités physiques a de profonds retentissements sur la santé. Les garçons sont plus portés à être actifs que les filles, bien qu'il y ait des indications selon lesquelles le niveau d'activité des filles est à la hausse.

Il y a matière à amélioration.

Une étude effectuée en 1995 révèle qu'environ un tiers des enfants et des jeunes au Canada étaient assez actifs physiquement pour satisfaire aux barèmes de dépense d'énergie établis pour être le plus en santé et se développer le mieux (de 6 à 8 kilocalories par kilogramme de poids corporel par jour). De plus, environ un cinquième des enfants canadiens s'approchaient de la norme et un quart satisfaisaient au barème minimum quant à la dépense d'énergie, ce qui représente une heure de marche par jour (ICRCPMV, 1997, p. 1 et 2). Voir la **figure 6.4**.

6.4 Nombre d'heures par semaine consacrées aux activités physiques, chez les enfants âgés d'un à 17 ans, par sexe et âge, Canada, 1995



Source : Préparé par le Conseil canadien de développement social au moyen de données de l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, *Le progrès par la prévention*, Bulletin n° 8, 1995. Cité dans *Le progrès des enfants au Canada, 1997*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1997, p. 38.

Il est cependant surprenant de constater qu'un quart des enfants et des jeunes, particulièrement les filles, sont sédentaires. Les jeunes garçons ont dépensé 50 % plus d'énergie dans les activités physiques que les filles (ICRCPMV, 1997, p. 1 et 2).

Les jeunes femmes deviennent plus actives.

Bien que les filles soient moins actives que les garçons, le niveau d'activité des jeunes femmes âgées de 18 à 24 ans a augmenté de façon significative entre 1981 et 1995 (ICRCPMV), 1996a, p. 3 de la charte). Le niveau d'activité physique des parents de même que leur croyance en la valeur de l'activité physique a une grande influence sur le niveau d'activité physique de leurs enfants (ICRCPMV, 1996b, p. 2 et 3).

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

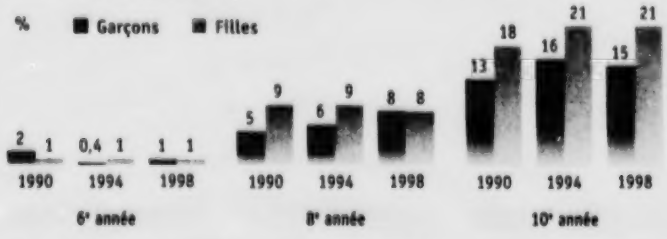
LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

6.5 Proportion des étudiants (âgés de 11, 13 et 15 ans) qui fument tous les jours, par sexe et âge, au Canada, années sélectionnées entre 1990 à 1998



Source : A.J.C. King, W. Boyce et M. King. *La santé des jeunes : tendances au Canada*, nº de catalogue H39-498/1999F, Ottawa, Santé Canada.

Le tabac, l'alcool et les autres drogues

Les adolescents sont particulièrement à risque en ce qui a trait aux pratiques néfastes pour la santé telles que fumer et faire usage d'alcool et de drogues. Malgré les messages de santé publique mettant en garde contre les effets néfastes du tabac sur la santé, bon nombre d'adolescents tentent l'expérience de la cigarette. Chez les adolescents, l'alcool semble la « drogue par excellence », même si l'on constate une augmentation de la consommation de cannabis.

L'usage du tabac est en hausse dans quelques groupes.

Les données de 1994 révèlent que, à l'âge de 11 ans, un adolescent sur six avait tenté l'expérience de fumer. À l'âge de 13 ans, 46 % des filles et 41 % des garçons avaient tenté l'expérience; à l'âge de 15 ans, ces chiffres avaient augmenté respectivement à 64 % et à 58 %. Près de 10 % des jeunes âgés de 12 à 14 ans ont indiqué être des fumeurs réguliers (CCDS, 1996, p. 45).

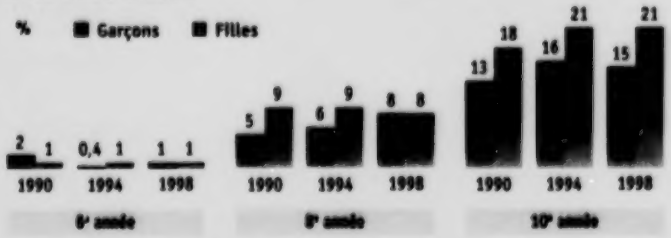
Bien que le nombre de Canadiens et Canadiennes qui fument ait diminué depuis 1981 (Statistique Canada, 1995a, p. 39), le nombre de jeunes femmes qui font usage du tabac continue d'augmenter. Les données fournies par *Étude sur les comportements de la santé des jeunes d'âge scolaire* (HBSC) indiquent que, en 1998, 21 % des filles de 15 ans fumaient à tous les jours, soit la même proportion qu'en 1994, mais une augmentation comparativement à 18 % en 1990 (King, Boyce et King, 1999, p. 95). Voir la **figure 6.5**.

Le taux de fumeurs est toujours plus élevé chez les peuples autochtones que dans la population canadienne en général. Neuf pour cent des jeunes de 10 à 14 ans des Premières nations fument tous les jours et un autre 21 % fument occasionnellement. Le taux de fumeurs augmente rapidement avec l'âge : à l'âge de 10 ans, 23 % des jeunes chez les Premières nations fument au moins occasionnellement, tandis qu'à l'âge de 14 ans plus de la moitié (53 %) le font (Saulis, 1997, p. 3 et 41). En moyenne, les Autochtones ont commencé à fumer entre 11 et 15 ans (Santé Canada, 1996c, p. 24).

Le tabac, l'alcool et les drogues

Une étude effectuée en 1994 a révélé que 40 % des fumeurs âgés de 15 à 19 ans boivent de façon excessive, comparativement à 13 % des adolescents non-fumeurs. Les fumeurs sont également plus enclins à faire usage de marijuana et de haschisch (Enquête sur l'alcool et autres drogues au Canada, 1994, tel que cité dans Clark, 1996, p. 6).

6.5 Proportion des étudiants (âgés de 11, 13 et 15 ans) qui fument tous les jours, par sexe et âge, au Canada, années sélectionnées entre 1990 à 1998



Source : A.J.C. King, W. Boyce et M. King. *La santé des jeunes : tendances au Canada*, nº de catalogue H39-498/1999F, Ottawa, Santé Canada.

Le tabac, l'alcool et les autres drogues

Les adolescents sont particulièrement à risque en ce qui a trait aux pratiques néfastes pour la santé telles que fumer et faire usage d'alcool et de drogues. Malgré les messages de santé publique mettant en garde contre les effets néfastes du tabac sur la santé, bon nombre d'adolescents tentent l'expérience de la cigarette. Chez les adolescents, l'alcool semble la « drogue par excellence », même si l'on constate une augmentation de la consommation de cannabis.

L'usage du tabac est en hausse dans quelques groupes.

Les données de 1994 révèlent que, à l'âge de 11 ans, un adolescent sur six avait tenté l'expérience de fumer. À l'âge de 13 ans, 46 % des filles et 41 % des garçons avaient tenté l'expérience; à l'âge de 15 ans, ces chiffres avaient augmenté respectivement à 64 % et à 58 %. Près de 10 % des jeunes âgés de 12 à 14 ans ont indiqué être des fumeurs réguliers (CCDS, 1996, p. 45).

Bien que le nombre de Canadiens et Canadiennes qui fument ait diminué depuis 1981 (Statistique Canada, 1995a, p. 39), le nombre de jeunes femmes qui font usage du tabac continue d'augmenter. Les données fournies par *Étude sur les comportements de la santé des jeunes d'âge scolaire* (HBSC) indiquent que, en 1998, 21 % des filles de 15 ans fumaient à tous les jours, soit la même proportion qu'en 1994, mais une augmentation comparativement à 18 % en 1990 (King, Boyce et King, 1999, p. 95). Voir la **figure 6.5**.

Le taux de fumeurs est toujours plus élevé chez les peuples autochtones que dans la population canadienne en général. Neuf pour cent des jeunes de 10 à 14 ans des Premières nations fument tous les jours et un autre 21 % fument occasionnellement. Le taux de fumeurs augmente rapidement avec l'âge : à l'âge de 10 ans, 23 % des jeunes chez les Premières nations fument au moins occasionnellement, tandis qu'à l'âge de 14 ans plus de la moitié (53 %) le font (Saulis, 1997, p. 3 et 41). En moyenne, les Autochtones ont commencé à fumer entre 11 et 15 ans (Santé Canada, 1996c, p. 24).

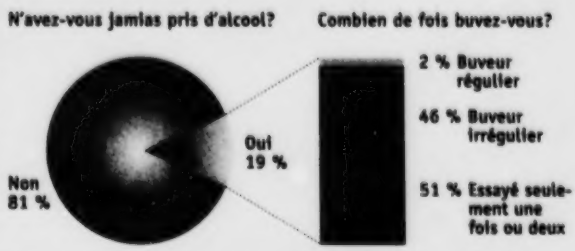
Le tabac, l'alcool et les drogues

Un faible pourcentage de jeunes fait également usage de tabac à chiquer. En 1994, 7 % des enfants âgés de 10 à 14 ans ont essayé le tabac à chiquer, dont 1 % qui déclarent l'avoir essayé une semaine avant la tenue du sondage (Adlaf et Bondy, 1996, p. 58). Une étude effectuée en 1995–1996 chez les jeunes des Premières nations révèle que 4,5 % des jeunes âgés entre 10 et 14 ans ont déclaré avoir fait usage de produits du tabac sans fumée (Saulis, 1997, p. 44).

La fumée secondaire a des effets sur les jeunes gens.

Tout près de la moitié (45 %) des adolescents et adolescentes non-fumeurs âgés de 15 à 19 ans étaient en contact quotidien avec la fumée secondaire. C'est à la maison qu'il y a le plus de fumée secondaire pour les adolescents et adolescentes non-fumeurs (Clark, 1998, p. 3–4).

6.6 Consommation d'alcool chez les jeunes de 10 et 11 ans au Canada en 1994



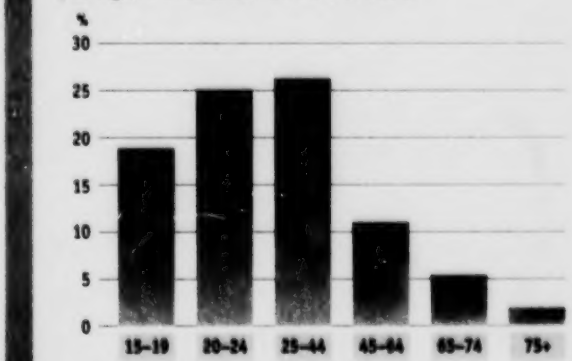
Source : Préparé par le Conseil canadien de développement social au moyen de données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 1994 de Statistique Canada. Cité dans *Le progrès des enfants au Canada, 1997*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1997, p. 41.

L'alcool, « la drogue par excellence » des adolescents.

Une étude effectuée en 1994 a révélé que, parmi les jeunes de 11 ans, 3 % des filles et 6 % des garçons étaient des buveurs réguliers (CCDS, 1997, p. 41). Voir la **figure 6.6**. Vingt pour cent des adolescents (âgés de 15 à 19 ans) sont de gros buveurs (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996b, p. 225). (On définit la consommation abusive d'alcool par le fait de prendre cinq consommations ou plus chaque fois que l'on boit.) Voir la **figure 6.7**. Selon *le sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario : 1977–1995*, chez les jeunes Ontariens, le pourcentage de ceux qui boivent et conduisent une automobile est à la baisse. En effet, chez les élèves de 7e, de 9e, de 11e et de 13e année, le pourcentage de ceux qui conduisent une heure après avoir pris deux ou trois consommations a chuté, passant de 58,1 % en 1977 à 24,4 % en 1995 (Adlaf et coll., 1995, p. 124).

Alors que l'alcool est responsable de bon nombre d'accidents de la route impliquant de jeunes conducteurs, la proportion de conducteurs âgés de moins de 21 ans et dont le taux d'alcoolémie dépasse la limite permise, qui ont été blessés mortellement sur la route a diminué de plus de 20 % depuis 1977 (ICSI, 1994, p. 105).

6.7 Consommation excessive d'alcool[a] de façon régulière chez les adultes (âgés de 15 à 75 ans), par âge, au Canada, en 1994–1995



a. Consommait 5 verres ou plus par occasion, 12 fois ou plus dans l'année précédente.

Source : Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Rapport sur la santé des Canadiens*, Ottawa, Santé Canada, 1996, p. 62.

SAF/EAF

Le syndrome de l'alcoolisme fœtal (SAF) est l'une des principales causes évitables des difformités congénitales et de retard de développement (Santé Canada, 1998a, p. 4). Les effets de l'alcoolisme fœtal (EAF) font référence aux enfants qui ont été exposés avant leur naissance à l'alcool et qui ne manifestent que quelques-unes des caractéristiques du SAF. On a évalué qu'entre un et trois enfants par 1 000 habitants, dans les pays industrialisés, naîtront avec le SAF; le taux pour les enfants nés avec les EAF peut être plusieurs fois plus élevé (Santé Canada, 1998a). Des études restreintes laissent entendre que le taux de SAF chez les peuples autochtones peut être au moins 10 fois plus haut que le taux chez la population non autochtone (Groupe national de travail sur la politique du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 1994).

L'ENSP a révélé que 10 % des femmes âgées de moins de 25 ans, 24 % de celles qui avaient entre 25 et 35 ans et 31 % de celles qui avaient plus de 35 ans ont consommé de l'alcool lorsqu'elles étaient enceintes (Santé Canada, 1998c).

Certains jeunes font usage d'autres drogues.

Après avoir atteint un sommet à la fin des années 1970, l'usage de drogues chez les jeunes au Canada a diminué régulièrement. Une étude effectuée auprès des élèves de l'Ontario a révélé que 22,7 % des élèves de 7e, de 9e, de 11e et de 13e année déclaraient avoir fait usage de cannabis au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête, une hausse comparativement à 12,7 % en 1993. Entre 1993 et 1995, la consommation de cannabis a augmenté de façon significative chez les élèves de 9e année (passant de 8,7 % à 19,6 %) et ceux de 11e année (passant de 22,3 % à 40,7 %). Malgré ces augmentations récentes, le taux de consommation de cannabis chez les jeunes ontariens (22,7 %) en 1995 était bien inférieur à celui de 1979 (31,7 %). Voir la **figure 6.8**. L'étude révèle également que le pourcentage d'élèves ayant déclaré avoir consommé des drogues injectables a augmenté de 5,4 % à 8,8 % au cours de la même période (Adlaf et coll., 1995, différentes pages).

Le Bureau de surveillance des drogues de Santé Canada indique que, pour une période de 10 ans, le nombre d'accusations pour infraction liées à l'usage de drogues chez les groupes de jeunes âgés de 15 à 19 ans a augmenté de 62 %, passant de 844 accusations en 1985 à 1 368 accusations en 1994 (Santé Canada, 1996d).

Les jeunes ont plus d'expérience avec la consommation de cannabis que les autres groupes d'âge. Un tiers des jeunes âgés de 15 à 24 ans ont utilisé cette drogue au cours de leur vie (Hewitt, Vinje et MacNeil, 1995, p. 34).

Les blessures

Au cours de l'année 1992, 1 452 décès, sur un total de 4 838 chez les Canadiens et Canadiennes de moins de 20 ans, ont été causés par des blessures (Santé Canada, 1997a, p. 2). En termes simples, cela signifie que près d'un décès sur trois est attribuable à des blessures, de même qu'une hospitalisation sur six. La proportion de blessures ayant causé le décès augmentait avec l'âge (Santé Canada, 1997a, p. 16). Il y a eu une faible mais constante diminution

6.8 Proportion d'étudiants qui ont déjà pris de la marijuana, par niveau sélectionné de consommation, par sexe et âge, au Canada, 1989 à 1998

		Garçons		Filles	
		13 ans	15 ans	13 ans	15 ans
1989–1990	Jamais	89,1 %	73,8 %	90,1 %	76,4 %
	Expérience (une fois ou deux)	6,0 %	10,5 %	5,8 %	10,8 %
	Usage régulier (trois ou quatre fois)	4,9 %	15,7 %	4,1 %	12,8 %
1993–1994	Jamais	87,5 %	69,5 %	89,5 %	72,6 %
	Expérience (une fois ou deux)	6,7 %	11,4 %	5,4 %	10,7 %
	Usage régulier (trois ou quatre fois)	5,9 %	19,0 %	5,1 %	16,7 %
1997–1998	Jamais	78,9 %	55,9 %	82,3 %	59,4 %
	Expérience (une fois ou deux)	8,3 %	12,6 %	8,4 %	11,5 %
	Usage régulier (trois ou quatre fois)	12,8 %	31,5 %	9,2 %	29,1 %

Source : OMS. Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire, une étude multi-nationale de l'Organisation mondiale de la santé, 1997–1998.

dans les circonstances entraînant des blessures au cours des dernières années. Le taux de mortalité par suite de blessures chez les jeunes de moins de 20 ans a diminué de 35 % entre 1982 et 1991 et le taux d'hospitalisation a diminué de 13 % (Santé Canada, 1997a, p. 24–25). Bien que ces tendances soient encourageantes, les blessures sont encore la principale cause de décès chez les enfants canadiens (Statistique Canada, 1995b, p. 5–12).

Selon les données provenant de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes et d'autres enquêtes sur la santé, chaque année au moins 10 % des enfants canadiens sont blessés assez gravement pour nécessiter des soins médicaux ou pour avoir à restreindre leurs activités quotidiennes pendant quelques jours (Santé Canada, 1999d). Environ un enfant de sexe masculin sur 18 et un enfant de sexe féminin sur 29 âgés de un à quatre ans sont hospitalisés par suite de blessures; chez les tout-petits, le risque cumulatif de blessures est d'environ un garçon sur cinq et une fille sur sept (Société canadienne de la Croix-Rouge, 1994, p. 4). Dans tous les groupes d'âge, les garçons présentent de plus hauts taux d'hospitalisation et de décès que les filles et le taux de mortalité chez les garçons âgés de 15 à 19 ans était prés de trois fois plus élevé que chez les filles en 1995 (Statistique Canada, 1995b, p. 11 et 12).

Les enfants autochtones présentent un taux de mortalité par suite de blessures beaucoup plus élevé que les enfants non autochtones. Chez les bébés, le taux est quatre fois celui du taux national; chez les enfants d'âge préscolaire, il représente cinq fois le taux national et, chez les adolescents et adolescentes, trois fois (ICSI, 1994, p. 143).

Les blessures de la route sont la principale cause de décès.

Bien que les tendances soient à la baisse au cours des dernières années, les collisions demeurent encore la principale cause de décès par blessures chez les enfants d'un à 19 ans et la troisième cause de décès causé par des blessures chez les bébés de moins d'un an (Santé Canada, 1997a, p. 20).

SAF/EAF

Le syndrome de l'alcoolisme fœtal (SAF) est l'une des principales causes évitables des déficiences congénitales et de retard de développement (Santé Canada, 1996a, p. 4). Les effets de l'alcoolisme fœtal (EAF) font référence aux enfants qui ont été exposés avant leur naissance à l'alcool et qui ne manifestent que quelques-unes des caractéristiques du SAF. On a évalué qu'entre un et trois enfants par 1 000 habitants, dans les pays industrialisés, naîtront avec le SAF; le taux pour les enfants nés avec les EAF peut être plusieurs fois plus élevé (Santé Canada, 1996a). Des études restreintes laissent entendre que le taux de SAF chez les peuples autochtones peut être au moins 10 fois plus haut que le taux chez la population non autochtone (Groupe national de travail sur la politique du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 1994).

L'ENSP a révélé que 16 % des femmes âgées de moins de 25 ans, 24 % de celles qui avaient entre 25 et 35 ans et 31 % de celles qui avaient plus de 35 ans ont consommé de l'alcool lorsqu'elles étaient enceintes (Santé Canada, 1998c).

Certains jeunes font usage d'autres drogues.

Après avoir atteint un sommet à la fin des années 1970, l'usage de drogues chez les jeunes au Canada a diminué régulièrement. Une étude effectuée auprès des élèves de l'Ontario a révélé que 22,7 % des élèves de 7e, de 9e, de 11e et de 13e année déclaraient avoir fait usage de cannabis au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête, une hausse comparativement à 12,7 % en 1993. Entre 1993 et 1995, la consommation de cannabis a augmenté de façon significative chez les élèves de 9e année (passant de 8,7 % à 19,6 %) et ceux de 11e année (passant de 22,3 % à 40,7 %). Malgré ces augmentations récentes, le taux de consommation de cannabis chez les jeunes ontariens (22,7 %) en 1995 était bien inférieur à celui de 1979 (31,7 %). Voir la **figure 6.8**. L'étude révèle également que le pourcentage d'élèves ayant déclaré avoir consommé des drogues injectables a augmenté de 5,4 % à 8,8 % au cours de la même période (Adlaf et coll., 1995, différentes pages).

Le Bureau de surveillance des drogues de Santé Canada indique que, pour une période de 10 ans, le nombre d'accusations pour infraction liées à l'usage de drogues chez les groupes de jeunes âgés de 15 à 19 ans a augmenté de 62 %, passant de 844 accusations en 1985 à 1 368 accusations en 1994 (Santé Canada, 1996d).

Les jeunes ont plus d'expérience avec la consommation de cannabis que les autres groupes d'âge. Un tiers des jeunes âgés de 15 à 24 ans ont utilisé cette drogue au cours de leur vie (Hewitt, Vinje et MacNeil, 1995, p. 34).

Les blessures

Au cours de l'année 1992, 1 452 décès, sur un total de 4 838 chez les Canadiens et Canadiennes de moins de 20 ans, ont été causés par des blessures (Santé Canada, 1997a, p. 2). En termes simples, cela signifie que près d'un décès sur trois est attribuable à des blessures, de même qu'une hospitalisation sur six. La proportion de blessures ayant causé le décès augmentait avec l'âge (Santé Canada, 1997a, p. 16). Il y a eu une faible mais constante diminution

6.8 Proportion d'étudiants qui ont déjà pris de la marijuana, par niveau sélectionné de consommation, par sexe et âge, au Canada, 1989 à 1998

		Garçons		Filles	
		13 ans	15 ans	13 ans	15 ans
1989–1990	Jamais	89,1 %	73,8 %	90,1 %	76,4 %
	Expérience (une fois ou deux)	6,0 %	10,5 %	5,8 %	10,8 %
	Usage régulier (trois ou quatre fois)	4,9 %	15,7 %	4,1 %	12,8 %
1993–1994	Jamais	87,5 %	69,5 %	89,5 %	72,6 %
	Expérience (une fois ou deux)	6,7 %	11,4 %	5,4 %	10,7 %
	Usage régulier (trois ou quatre fois)	5,9 %	19,0 %	5,1 %	16,7 %
1997–1998	Jamais	78,9 %	55,9 %	82,3 %	59,4 %
	Expérience (une fois ou deux)	8,3 %	12,6 %	8,4 %	11,5 %
	Usage régulier (trois ou quatre fois)	12,8 %	31,5 %	9,2 %	29,1 %

Source : OMS. Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire, une étude multi-nationale de l'Organisation mondiale de la santé, 1997–1998.

dans les circonstances entraînant des blessures au cours des dernières années. Le taux de mortalité par suite de blessures chez les jeunes de moins de 20 ans a diminué de 35 % entre 1982 et 1991 et le taux d'hospitalisation a diminué de 13 % (Santé Canada, 1997a, p. 24–25). Bien que ces tendances soient encourageantes, les blessures sont encore la principale cause de décès chez les enfants canadiens (Statistique Canada, 1995b, p. 5–12).

Selon les données provenant de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes et d'autres enquêtes sur la santé, chaque année au moins 10 % des enfants canadiens sont blessés assez gravement pour nécessiter des soins médicaux ou pour avoir à restreindre leurs activités quotidiennes pendant quelques jours (Santé Canada, 1999d). Environ un enfant de sexe masculin sur 18 et un enfant de sexe féminin sur 29 âgés de un à quatre ans sont hospitalisés par suite de blessures; chez les tout-petits, le risque cumulatif de blessures est d'environ un garçon sur cinq et une fille sur sept (Société canadienne de la Croix-Rouge, 1994, p. 4). Dans tous les groupes d'âge, les garçons présentent de plus hauts taux d'hospitalisation et de décès que les filles et le taux de mortalité chez les garçons âgés de 15 à 19 ans était prés de trois fois plus élevé que chez les filles en 1995 (Statistique Canada, 1995b, p. 11 et 12).

Les enfants autochtones présentent un taux de mortalité par suite de blessures beaucoup plus élevé que les enfants non autochtones. Chez les bébés, le taux est quatre fois celui du taux national; chez les enfants d'âge préscolaire, il représente cinq fois le taux national et, chez les adolescents et adolescentes, trois fois (ICSI, 1994, p. 143).

Les blessures de la route sont la principale cause de décès.

Bien que les tendances soient à la baisse au cours des dernières années, les collisions demeurent encore la principale cause de décès par blessures chez les enfants d'un à 19 ans et la troisième cause de décès causé par des blessures chez les bébés de moins d'un an (Santé Canada, 1997a, p. 20).

En 1995, 611 enfants canadiens (de la naissance à 19 ans) sont décédés par suite de blessures survenues dans des circonstances impliquant des véhicules (Mackenzie, 1997, p. 5). Les collisions sont une importante source de blessures chez les enfants, entraînant 7 489 hospitalisations chaque année (ICIS, 1998).

Des enfants meurent en tant que passagers à bord d'un véhicule.

En 1995, 309 enfants-passagers sont morts dans des collisions (Mackenzie, 1997, p. 5). La plupart des victimes de la route qui ont subi des blessures (mortelles ou non) sont des occupants du véhicule plutôt que des piétons ou des cyclistes. Les blessures reçues sont plus graves chez les enfants et les jeunes non protégés par un système de retenue. Les blessures que s'infligent les occupants sont généralement dues à l'éjection du véhicule ou à un heurt violent avec des objets à l'intérieur du véhicule ou avec un autre occupant. Des enquêtes réalisées périodiquement indiquent que le taux d'utilisation des ceintures de sécurité par les passagers assis sur le siège arrière, dont la plupart sont des enfants, est de moins de 60 %.

Le nombre annuel de blessures augmente avec chaque groupe d'âge, et c'est chez les jeunes de 15 à 19 ans que le nombre est le plus élevé. Les jeunes conducteurs de 16 à 19 ans subissent un nombre incroyable de blessures. Les facteurs de risque pour ce groupe d'âge comprennent la vitesse, la consommation d'alcool et le manque d'expérience dans la conduite automobile (Santé Canada, 1997a, p. 89–91).

En 1995, 84 enfants et jeunes, de la naissance à 19 ans, ont été tués alors qu'ils marchaient sur une voie publique, frappés par un véhicule (Mackenzie, 1997, p. 5). Après l'âge de 9 ans, le nombre de mortalités de piétons est inversement relié à l'âge de l'enfant (Santé Canada, 1997a, p. 101). Les blessures que reçoivent les enfants et les jeunes qui circulent à pied représentent de 37 % à 41 % de tous les décès survenus par suite de blessures de la route chez les enfants d'un à quatre ans et de cinq à neuf ans. La proportion chute à 18 % chez les jeunes âgés de 10 à 14 ans (Santé Canada, 1997a, p. 100).

Les casques de cycliste réduisent la gravité des blessures à la tête; le port du casque, qui a été en progression constante au cours de la dernière décennie, constitue une importante amélioration au chapitre des comportements liés à la sécurité chez les enfants et les jeunes au Canada.

Les casques de cycliste réduisent le risque de blessures.

Entre 1990 et 1992, 96 % des cyclistes qui ont subi des blessures mortelles ont été frappés par des automobiles ou autres véhicules, alors que seulement 20 % des cyclistes hospitalisés étaient impliqués dans des collisions avec un véhicule (Santé Canada, 1997a, p. 115).

Plus de la moitié des cyclistes hospitalisés souffrent de blessures à la tête. Pour 30 % d'entre eux, ces seules blessures sont les plus graves qu'ils aient subies, et le taux est plus élevé chez les plus jeunes cyclistes (Santé Canada, 1997a, p. 114). Les casques de cycliste réduisent la gravité des blessures à la tête; le port du casque, qui a été en progression constante au cours de la dernière décennie, constitue une

importante amélioration au chapitre des comportements liés à la sécurité chez les enfants et les jeunes au Canada (Santé Canada, 1997a, p. 120). Dans les zones rurales, où le risque de blessures graves et de blessures mortelles chez les cyclistes est plus élevé, le port du casque est moins répandu que dans les zones urbaines (Santé Canada, 1997a, p. 120).

Les noyades sont une des principales causes de décès.

En 1995, il y a eu 113 noyades chez les enfants de la naissance à 19 ans (Mackenzie, 1997, p. 5). Cette année-là, pour l'ensemble des enfants et des jeunes, les noyades étaient la troisième cause de décès par suite de blessures, un taux de 8,2 %. Les enfants âgés d'un à quatre ans semblent présenter le plus grand risque; dans ce groupe d'âge, les noyades sont la cause de plus de 20 % des décès survenus par suite de blessures, la deuxième cause après les accidents de la route (Santé Canada, 1997a, p. 20, 194). Les études effectuées sur les blessures liées à l'eau et touchant les enfants et les adolescents âgés de cinq à 19 ans indiquent que les enfants s'infligent plusieurs de ces blessures lorsqu'ils plongent, sautent ou se font pousser à l'eau provoquant des collisions qui entraînent des blessures à la tête, à la colonne vertébrale et aux extrémités. Bon nombre de ces blessures sont assez graves pour engendrer une déficience et un handicap permanents.

Les plus jeunes enfants sont plus à risque à l'heure du bain ou lorsqu'ils font des chutes dans l'eau. Les enfants plus vieux et les jeunes courent plus de risque lorsqu'ils participent à des activités aquatiques et font de la navigation de plaisance.

Le taux de noyade chez les enfants autochtones est plus élevé que chez les enfants non autochtones. Par exemple, le taux chez les bébés est environ huit fois plus élevé; il est neuf fois plus élevé chez les tout-petits et six fois plus élevé chez les enfants âgés de cinq à neuf ans (Santé Canada, 1997a, p. 197).

Les chutes entraînent de graves blessures.

Pour les enfants de moins de 20 ans, les chutes ne sont pas une cause importante de décès; elles produisent plutôt des blessures assez graves pour nécessiter l'hospitalisation. De 1990 à 1992, pour chaque décès causé par une chute, il y a eu environ 800 hospitalisations. Les chutes à partir d'équipements de terrain de jeux, dans les escaliers, au cours d'activités sportives, les chutes à partir d'une chaise ou d'un lit et les chutes à partir d'un bâtiment sont responsables de 40 % de ces hospitalisations (Santé Canada, 1997a, p. 144–145).

Dans le groupe des enfants âgés d'un à quatre ans, la plupart des chutes surviennent à la maison. Les données fournies pour cette même période révèlent que, généralement, des bébés tombent de lits pour adultes, de tables à langer, de chaises hautes, de sièges d'enfant ou dans les escaliers. Les tout-petits, quant à eux, déboulent dans les escaliers, trébuchent pendant qu'ils courent ou s'amusent, tombent sur un objet dur ou pointu, et parfois tombent d'une fenêtre. Les blessures chez les enfants âgés de 5 à 9 ans résultent de chutes à partir de lits superposés ou lorsqu'ils jouent. Les enfants plus vieux tombent en jouant ou à partir de structures où ils étaient perchés (Santé Canada, 1997a, p. 146–149).

Les conséquences des chutes dans les terrains de jeux sont graves pour les jeunes enfants.

Entre 1992 et 1997, 16 enfants sont décédés après avoir été étranglés par des cordelières de serrage ou des vêtements amples qui restent coincés dans l'équipement ou les clôtures, ou par des cordes à sauter qui ont été attachées à l'équipement des terrains de jeux (Lockhart, 1997, p. 1). La majorité des blessures survenues dans les terrains de jeux sont le résultat de chutes. Le taux d'hospitalisation chez les enfants de cinq à neuf ans à la suite de chutes survenues dans les terrains de jeux était trois fois plus élevé que chez les enfants d'un à quatre ans et que chez ceux de 10 à 14 ans (Santé Canada, 1997a p. 210). Près de 42 % des blessures causées par l'équipement des terrains de jeux sont survenues dans les terrains de jeux publics, dont 33,9 % dans les écoles et les garderies. Parmi les équipements en cause, mentionnons les portiques d'escalade (38,2 %), les balançoires (25 %) et les glissoires (25 %). Les fractures causées par des chutes étaient le type le plus courant de blessures déclarées.

Les blessures causées par le feu et les brûlures affectent les enfants de tous les âges.

De 1990 à 1992, les blessures causées par le feu et les brûlures ont été associées à une moyenne annuelle de 77 décès et d'environ 1680 hospitalisations de jeunes de moins de 20 ans au Canada. Pour chaque enfant ou jeune qui est mort, environ 23 autres ont été hospitalisés. Les enfants de moins de 5 ans composaient le groupe ayant le plus grand nombre de décès et d'hospitalisations reliés au feu ou aux brûlures. À l'exception des jeunes dans le groupe d'âge des 15 à 19 ans, les garçons ont subi des blessures causées par le feu et les brûlures dans une plus grande proportion (Santé Canada, 1997a, p. 160). Durant cette période, les feux survenus à la résidence étaient responsables de 92 % des décès causés par le feu et de 5 % des hospitalisations par suite de blessures causées par le feu chez les jeunes de moins de 20 ans au Canada (Santé Canada, 1997a, p. 158).

Les liquides chauds sont la source principale de brûlures chez les enfants de moins de 20 ans. Bon nombre d'incidents impliquent l'eau chaude provenant des robinets, surtout à l'heure du bain. Chez les enfants plus vieux, les brûlures sont causées par des incidents impliquant des boissons chaudes et en cuisinant (Santé Canada, 1997a, p. 158).

Les enfants sont vulnérables aux empoisonnements involontaires.

De 1990 à 1992, les empoisonnements chez les enfants et les jeunes de moins de 20 ans se situaient au troisième rang parmi toutes les hospitalisations pour les blessures involontaires (Santé Canada, 1997a, p. 172). Les taux d'hospitalisation pour empoisonnement sont beaucoup plus élevés chez les enfants âgés d'un à quatre ans que chez tout autre groupe d'âge. Ces empoisonnements sont en partie attribuables à l'ingestion de produits biologiques et de médicaments. Selon une étude menée en 1995 par les centres antipoison canadiens, chaque année environ 100 000 enfants et jeunes du Canada de moins de 15 ans sont victimes d'empoisonnement (Santé Canada, 1997a, p. 173). Pour les enfants de neuf ans et moins, 11 % des enfants empoisonnés ont été

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

admis à l'hôpital, comparativement à 6,3 % pour les autres blessures; les chiffres pour les jeunes âgés de 10 à 19 ans sont respectivement de 42,6 % et de 5,2 % (Mackenzie, 1995, p. 5). Selon les données fournies par le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT), la majorité des empoisonnements (92,4 %) sont survenus à la maison, particulièrement chez les enfants de quatre ans ou moins, dont le pourcentage était de 97,1 % (Santé Canada, 1997a, p. 175).

L'activité sexuelle

L'adolescence est une période d'expérimentation qui s'accompagne de la découverte de la sexualité. Par conséquent, les adolescentes et adolescents présentent un risque élevé de grossesse et d'infections provoquées par des maladies transmissibles sexuellement (MTS).

Bon nombre d'adolescents ont des relations sexuelles non protégées.

Les résultats provenant de plus de 30 études réalisées au Québec révèlent qu'entre 12 % et 23 % des élèves des premières années d'études secondaires avaient eu au moins une expérience sexuelle comportant une pénétration vaginale ou anale. Selon les chercheurs, entre 47 % et 69 % des élèves des dernières années d'études secondaires ont eu au moins une expérience sexuelle (Otis, 1995, tel que cité dans Godin et Michaud, 1998, p. 388).

Selon une étude nationale, 17 % des filles âgées de 12 à 14 ans sexuellement actives n'utilisaient pas de méthode de contraception; 14 % utilisaient la pilule en même temps qu'un condom (ICSI, 1994, p. 77). Voir la **figure 6.9**.

On estime que plus de la moitié des jeunes gens (de 50 % à 76 %) utilisent un condom la première fois qu'ils ont une relation sexuelle (Otis, 1995, tel que cité dans Godin et Michaud, 1998, p. 389). Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994–1995, chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans

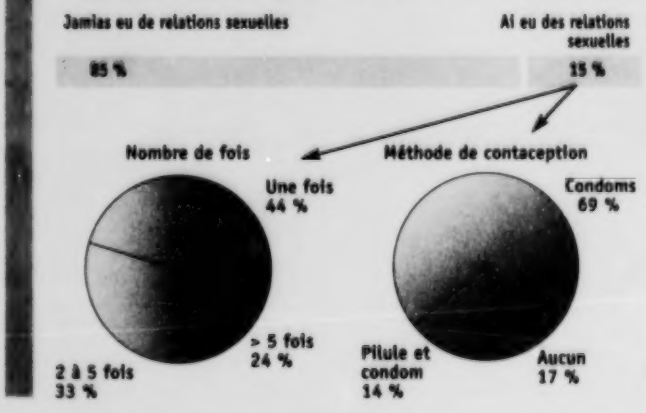
Qui utilise des condoms?

De récentes études effectuées au Québec révèlent que les adolescents ont plus de chances d'utiliser les condoms que les Canadiens plus vieux. Les caractéristiques associées à ceux qui utilisent de plus en plus des condoms sont énumérées ci-dessous :

- ***les hommes***
- ***d'un groupe linguistique autre que francophone***
- ***vivant dans un grand centre urbain***
- ***consommant moins souvent d'alcool et d'autres drogues***
- ***n'ayant eu que quelques partenaires sexuelles***

(Otis, 1995, tel que cité dans Godin et Michaud, 1998, p. 389).

6.9 Activités sexuelles et méthodes de contrôle des naissances chez les filles âgées de 12 à 14, au Canada, en 1992



Source : Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants au Canada : un profil de l' ICSI*, 2e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994, p. 77.

admis à l'hôpital, comparativement à 6,3 % pour les autres blessures; les chiffres pour les jeunes âgés de 10 à 19 ans sont respectivement de 42,6 % et de 5,2 % (Mackenzie, 1995, p. 5). Selon les données fournies par le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT), la majorité des empoisonnements (92,4 %) sont survenus à la maison, particulièrement chez les enfants de quatre ans ou moins, dont le pourcentage était de 97,1 % (Santé Canada, 1997a, p. 175).

L'activité sexuelle

L'adolescence est une période d'expérimentation qui s'accompagne de la découverte de la sexualité. Par conséquent, les adolescentes et adolescents présentent un risque élevé de grossesse et d'infections provoquées par des maladies transmissibles sexuellement (MTS).

Bon nombre d'adolescents ont des relations sexuelles non protégées.

Les résultats provenant de plus de 30 études réalisées au Québec révèlent qu'entre 12 % et 23 % des élèves des premières années d'études secondaires avaient eu au moins une expérience sexuelle comportant une pénétration vaginale ou anale. Selon les chercheurs, entre 47 % et 69 % des élèves des dernières années d'études secondaires ont eu au moins une expérience sexuelle (Otis, 1995, tel que cité dans Godin et Michaud, 1998, p. 388).

Selon une étude nationale, 17 % des filles âgées de 12 à 14 ans sexuellement actives n'utilisaient pas de méthode de contraception; 14 % utilisaient la pilule en même temps qu'un condom (ICSI, 1994, p. 77). Voir la **figure 6.9**.

On estime que plus de la moitié des jeunes gens (de 50 % à 76 %) utilisent un condom la première fois qu'ils ont une relation sexuelle (Otis, 1995, tel que cité dans Godin et Michaud, 1998, p. 389). Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994–1995, chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans

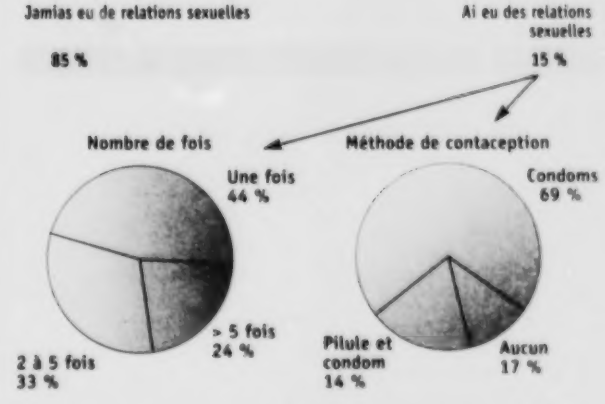
Qui utilise des condoms?

De récentes études effectuées au Québec révèlent que les adolescents ont plus de chances d'utiliser les condoms que les Canadiens plus vieux. Les caractéristiques associées à ceux qui utilisent de plus en plus des condoms sont énumérées ci-dessous :

- ***les hommes***
- ***d'un groupe linguistique autre que francophone***
- ***vivant dans un grand centre urbain***
- ***consommant moins souvent d'alcool et d'autres drogues***
- ***n'ayant eu que quelques partenaires sexuelles***

(Otis, 1995, tel que cité dans Godin et Michaud, 1998, p. 389).

6.9 Activités sexuelles et méthodes de contrôle des naissances chez les filles âgées de 12 à 14, au Canada, en 1992



Source : Institut canadien de la santé infantile, *La santé des enfants au Canada : un profil de l' ICSI*, 2e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994, p. 77.

qui sont actifs sexuellement, 51 % des filles et 29 % des garçons déclaraient avoir eu des relations sexuelles sans condom au cours de l'année précédente (Galambos et Tilton-Weaver, 1998, p. 13). Moins d'une fille sur cinq actives sexuellement déclarait utiliser à la fois la pilule et le condom comme méthode de contraception (Insight Canada Research, 1992, p. 8).

Le VIH, le SIDA et les MTS présentent un risque pour les adolescents.

Les données épidémiologiques concernant le VIH révèlent que l'âge moyen des personnes atteintes du SIDA a diminué, passant de 32 ans (avant 1982) à 23 ans (entre 1985 et 1990), ce qui indique que plusieurs personnes ont été infectées à l'adolescence (Santé Canada, 1995f).

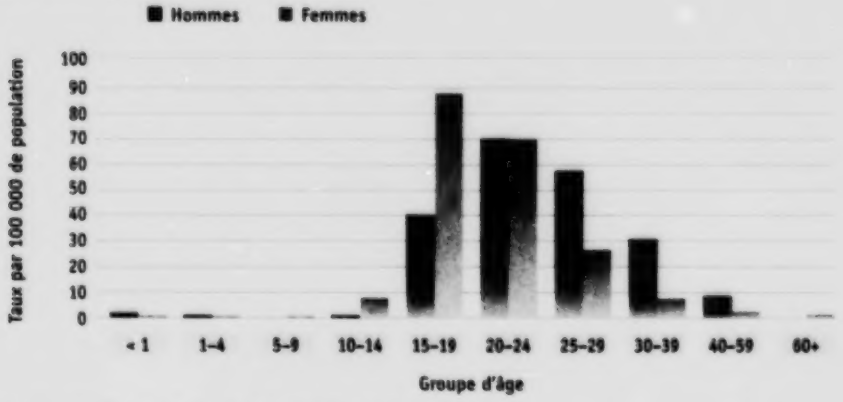
Malgré le fait que le nombre de cas déclarés ainsi que les taux d'incidence pour certaines MTS ont diminué considérablement, les MTS font partie des facteurs contribuant grandement à la morbidité chez les hommes et les femmes au Canada (Santé Canada, 1998e). Chez les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans, les taux de chlamydia et de gonorrhée sont bien au-dessus de la moyenne nationale (Santé Canada, 1998f). Voir la **figure 6.10** et la **figure 6.11**.

Le SIDA chez les enfants

Depuis 1998, au total 131 cas de sida ont été signalés au Canada chez les enfants de moins de 14 ans. La transmission périnatale est la forme la plus courante de transmission du VIH chez les enfants. Il est encourageant de constater que chaque année le nombre de nouveaux cas signalés est en baisse : en 1997, il n'y a eu que cinq nouveaux cas — soit la moitié du nombre signalé en 1996 et beaucoup moins que les 24 cas signalés en 1995 (Santé Canada, 1998d, p. 22 et 26).

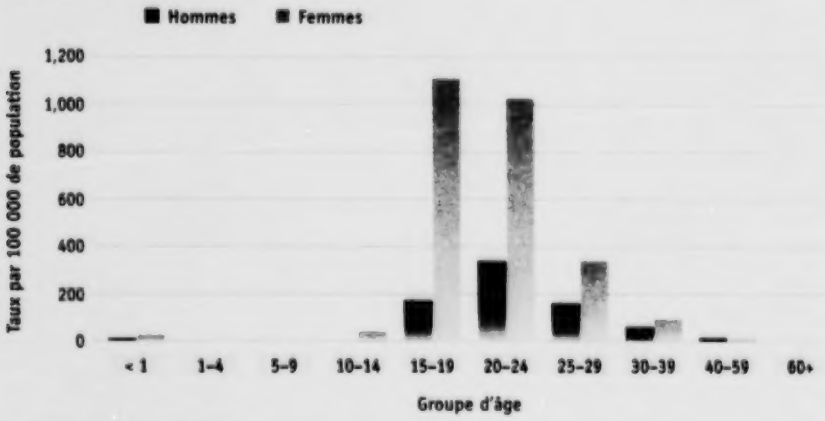
On sait qu'au Canada, entre 1988 et 1995, 559 enfants ont été exposés au VIH durant la période périnatale. En période de procréation, les femmes représentent une proportion sans cesse grandissante de personnes infectées par le VIH. La transmission de la mère à l'enfant a de graves répercussions tant pour la mère que pour l'enfant (Goldie et coll., 1997).

6.10 Incidence de cas de gonorrhée signalés par 100 000 habitants, par âge et sexe, au Canada, en 1995



Source : Site Web de Santé Canada : http://www.hc-sc.gc.ca

6.11 Incidence de cas de chlamydia génitale par 100 000 habitants, par âge et sexe, au Canada, en 1995



Source : Site Web de Santé Canada : http://www.hc-sc.gc.ca

6.12 Répartition des issues des grossesses chez les adolescentes, groupes d'âges sélectionnés, au Canada, en 1974 et 1994

Groupe d'âge	Année	Résultats (distribution) Naissance vivante	Avortement	Fausse couche/mort né
Total				
15–19	1974	66,3	25,8	7,9
	1994	50,7	45,0	4,3
15–17	1974	58,3	34,2	7,5
	1994	46,1	49,5	4,4
18–19	1974	71,2	20,7	8,1
	1994	53,4	42,4	4,2

Source : Adapté de S. Wadhera et W.J. Millar. « La grossesse chez les adolescentes, 1974 to 1994 », *Rapports sur la santé*, vol. 9, n° 3, hiver 1997, p. 9–16, n° de catalogue : 82-003-XPB, Ottawa, Statistique Canada, p. 13.

La grossesse chez les adolescentes

En 1994, on estimait le nombre de grossesses chez les 15 à 19 ans à 46 800 — une augmentation presque graduelles depuis 1987, alors que 39 900 grossesses chez les adolescents avaient été remarquées. Il y a eu aussi une augmentation dans la proportion de grossesses chez les adolescentes qui se sont terminées par un avortement (Wadhera et Millar, 1997, p. 11). Voir la figure 6.12.

qui sont actifs sexuellement, 51 % des filles et 29 % des garçons déclaraient avoir eu des relations sexuelles sans condom au cours de l'année précédente (Galambos et Tilton-Weaver, 1998, p. 13). Moins d'une fille sur cinq actives sexuellement déclarait utiliser à la fois la pilule et le condom comme méthode de contraception (Insight Canada Research, 1992, p. 8).

Le VIH, le SIDA et les MTS présentent un risque pour les adolescents.

Les données épidémiologiques concernant le VIH révèlent que l'âge moyen des personnes atteintes du SIDA a diminué, passant de 32 ans (avant 1982) à 23 ans (entre 1985 et 1990), ce qui indique que plusieurs personnes ont été infectées à l'adolescence (Santé Canada, 1995f).

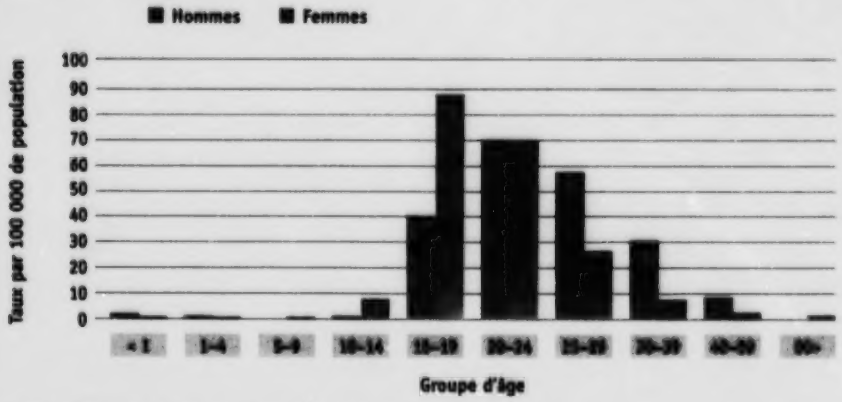
Malgré le fait que le nombre de cas déclarés ainsi que les taux d'incidence pour certaines MTS ont diminué considérablement, les MTS font partie des facteurs contribuant grandement à la morbidité chez les hommes et les femmes au Canada (Santé Canada, 1998e). Chez les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans, les taux de chlamydia et de gonorrhée sont bien au-dessus de la moyenne nationale (Santé Canada, 1998f). Voir la **figure 6.10** et la **figure 6.11**.

Le SIDA chez les enfants

[redacted]

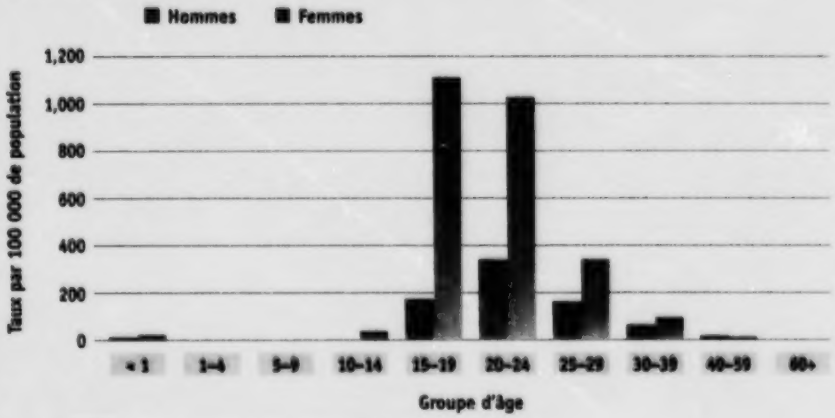
On sait qu'au Canada, entre 1988 et 1995, 559 enfants ont été exposés au VIH durant la période périnatale. En période de procréation, les femmes représentent une proportion sans cesse grandissante de personnes infectées par le VIH. La transmission de la mère à l'enfant a de graves répercussions tant pour la mère que pour l'enfant (Goldie et coll., 1997).

6.10 Incidence de cas de gonorrhée signalés par 100 000 habitants, par âge et sexe, au Canada, en 1995



Source : Site Web de Santé Canada : http://www.hc-sc.gc.ca

6.11 Incidence de cas de chlamydia génitale par 100 000 habitants, par âge et sexe, au Canada, en 1995



Source : Site Web de Santé Canada : http://www.hc-sc.gc.ca

6.12 Répartition des issues des grossesses chez les adolescentes, groupes d'âges sélectionnés, au Canada, en 1974 et 1994

Groupe d'âge	Année	Résultats (distribution) Naissance vivante	Avortement	Fausse couche/mort né
Total				
15–19	1974	66,3	25,8	7,9
	1994	50,7	45,0	4,3
15–17	1974	58,3	34,2	7,5
	1994	46,1	49,5	4,4
18–19	1974	71,2	20,7	8,1
	1994	53,4	42,4	4,2

Source : Adapté de S. Wadhera et W.J. Millar. « La grossesse chez les adolescentes, 1974 to 1994 », *Rapports sur la santé*, vol. 9, n° 3, hiver 1997, p. 9–16, n° de catalogue : 82-003-XPB, Ottawa, Statistique Canada, p. 13.

La grossesse chez les adolescentes

[illegible]

Pratiques de santé personnelles et autres déterminants

Le revenu et l'éducation

Un statut socioéconomique plus faible est associé à des taux plus élevés de blessures et à des blessures plus graves et souvent mortelles (Rivara et Mueller, 1987). Par exemple, en 1991, le taux de décès par suite de blessures chez les enfants et chez les jeunes les plus pauvres était de 40 % plus élevé que le taux chez les enfants et les jeunes mieux nantis (Santé Canada, 1997a, p. 57).

Le revenu est également associé à différents comportements en matière de santé et à des conséquences négatives sur la santé. Par exemple, les femmes qui ont un faible revenu et qui fument durant leur grossesse présentent deux des facteurs associés à une augmentation de l'incidence des bébés dont le poids à la naissance est insuffisant (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 23). Voir la **figure 6.13**. La grossesse chez les adolescentes est presque cinq fois plus courante dans les quartiers où les revenus sont les plus faibles que dans les quartiers où les revenus sont les plus élevés (Santé Canada, 1999c, p. 5).

L'éducation joue également un rôle, influençant les décisions au sujet du comportement sexuel. Par exemple, les jeunes qui investissent beaucoup dans leurs études pensent plus à utiliser des moyens de contraception (Santé Canada, 1999c, p. 14).

L'environnement naturel et l'environnement créé

La fumée de tabac ambiante est une importante source de pollution de l'air intérieur. Les bébés et les jeunes enfants dont les parents fument en leur présence courent plus de risques pour la santé que les autres, notamment les infections respiratoires et l'asthme. Près des deux-cinquièmes des enfants de moins de six ans vivent avec un ou plusieurs fumeurs (Santé Canada, 1997b).

6.13 Répartition des enfants âgés de zéro à 3 ans, par le poids à la naissance, le revenu du ménage et la consommation de cigarettes par la mère durant la grossesse, au Canada, en 1994–1995

	Poids normal à la naissance (> 2 500 g.) (%)	Faible poids à la naissance (< 2 500 g.) (%)
Revenu familial[a]		
< 30 000 $	93,5	6,5
30 000 $ – 60 000 $	93,7	6,3
> 60 000 $	95,8	4,2
Fume durant la grossesse[b]		
Fumait	92,2	7,8[c]
Ne fumait pas	94,8	5,2

a. Distribution des enfants de 0 à 3 ans selon le revenu familial.
b. Distribution des enfants de 0 à 2 ans selon la consommation de cigarettes de la mère durant la grossesse.
c. Estimé moins fiable en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source : Adapté de D.P. Ross, K. Scott et M.A. Kelly. « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 23.

Pratiques de santé personnelles et autres déterminants

Le revenu et l'éducation

Un statut socioéconomique plus faible est associé à des taux plus élevés de blessures et à des blessures plus graves et souvent mortelles (Rivara et Mueller, 1987). Par exemple, en 1991, le taux de décès par suite de blessures chez les enfants et chez les jeunes les plus pauvres était de 40 % plus élevé que le taux chez les enfants et les jeunes mieux nantis (Santé Canada, 1997a, p. 57).

Le revenu est également associé à différents comportements en matière de santé et à des conséquences négatives sur la santé. Par exemple, les femmes qui ont un faible revenu et qui fument durant leur grossesse présentent deux des facteurs associés à une augmentation de l'incidence des bébés dont le poids à la naissance est insuffisant (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 23). Voir la **figure 6.13**. La grossesse chez les adolescentes est presque cinq fois plus courante dans les quartiers où les revenus sont les plus faibles que dans les quartiers où les revenus sont les plus élevés (Santé Canada, 1999c, p. 5).

L'éducation joue également un rôle, influençant les décisions au sujet du comportement sexuel. Par exemple, les jeunes qui investissent beaucoup dans leurs études pensent plus à utiliser des moyens de contraception (Santé Canada, 1999c, p. 14).

L'environnement naturel et l'environnement créé

La fumée de tabac ambiante est une importante source de pollution de l'air intérieur. Les bébés et les jeunes enfants dont les parents fument en leur présence courent plus de risques pour la santé que les autres, notamment les infections respiratoires et l'asthme. Près des deux-cinquièmes des enfants de moins de six ans vivent avec un ou plusieurs fumeurs (Santé Canada, 1997b).

6.13 Répartition des enfants âgés de zéro à 3 ans, par le poids à la naissance, le revenu du ménage et la consommation de cigarettes par la mère durant la grossesse, au Canada, en 1994–1995

	Poids normal à la naissance (> 2 500 g.) (%)	Faible poids à la naissance (< 2 500 g.) (%)
Revenu familial[a]		
< 30 000 $	93,5	6,5
30 000 $ – 60 000 $	93,7	6,3
> 60 000 $	95,8	4,2
Fume durant la grossesse[b]		
Fumait	92,2	7,8[c]
Ne fumait pas	94,8	5,2

a. Distribution des enfants de 0 à 3 ans selon le revenu familial.
b. Distribution des enfants de 0 à 2 ans selon la consommation de cigarettes de la mère durant la grossesse.
c. Estimé moins fiable en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source : Adapté de D.P. Ross, K. Scott et M.A. Kelly. « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, nº de catalogue : 89-550-MPF, nº 1, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 23.

Les capacités individuelles et les habiletés d'adaptation

La capacité individuelle, comme les habiletés d'adaptation et le sens de la maîtrise des événements sont des facteurs clés qui contribuent à la santé de la reproduction et à la santé sexuelle. Les jeunes gens qui ont le sens de leur propre valeur et de bonnes habiletés d'adaptation sont plus aptes à prendre des décisions logiques quant au sexe. De plus, des environnements sociaux favorables sont nécessaires pour qui veut faire des choix judicieux (Santé Canada, 1999c, p. 14–15).

Des environnements sociaux favorables sont nécessaires pour qui veut faire des choix judicieux.

La culture

La prévalence de l'usage du tabac est élevée chez les femmes inuites et les femmes francophones, mais faible chez la plupart des femmes immigrantes (Centre maritime pour l'excellence de la santé des femmes, 1997). Quant à la consommation d'alcool, l'alcoolisme est presque inexistant en tant que problème social ou médical dans la société chinoise (Lin T.-y., 1983, p. 864); on a remarqué qu'il était plus important chez les Irlandais que chez les Juifs (Henderson et Primeaux, 1981, p. xix).

Le sexe

Les jeunes femmes adoptent plus facilement que les jeunes hommes des comportements alimentaires désordonnés. Chez les jeunes garçons et les jeunes hommes, l'utilisation de stéroïdes anabolisants est souvent associée à une piètre estime de soi (OMS, 1999).

Références

Adlaf, E., et coll., *The Ontario Student Drug Use Survey 1977–1995*, Toronto, Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, 1995.

Adlaf, E.M. et S.J. Bondy. « Incidence du tabagisme et quantité fumée » dans *Enquête de 1994 sur la tabagisme chez les jeunes*, T. Stephens et M. Morin (dir.), n° de catalogue : H49-98/1-1994F, Ottawa, Santé Canada, 1996, p. 37–58.

Association canadienne des diététistes. *La nutrition pour un virage santé : voies d'action*, Comité directeur conjoint responsable de l'élaboration d'un plan national sur la nutrition pour le Canada, Toronto, Association canadienne des diététistes, 1996.

Association canadienne des diététistes. « Rapport sur l'allaitement maternel du Comité de l'allaitement maternel au Canada », *Revue de l'Association canadienne des diététistes*, vol. 59, n° 1, printemps 1998, p. 11–13.

Centre maritime d'excellence pour la santé des femmes. Projet de rapport du groupe national de discussion sur les déterminants de la santé, 25 juin 1997. Centre maritime d'excellence pour la santé des femmes, Centre d'excellence pour le programme sur la santé des femmes, Bureau pour la santé des femmes, 1997.

Clark, W. « La tabagisme chez les jeunes au Canada », *Tendances sociales canadiennes*, vol. 43, hiver 1996, p. 2–6, n° de catalogue : 11-008-XPF, Ottawa, Statistique Canada, 1996.

Clark, W. « L'exposition à la fumée secondaire » *Tendances sociales canadiennes*, vol. 49, été 1998, p. 2–5, n° de catalogue : 11-008-XPF, Ottawa, Statistique Canada, 1998.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Rapport sur la santé des Canadiens* : n° de catalogue : H39-385/1996-1F, Ottawa, Santé Canada, 1996a.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes : Annexes techniques*, n° de catalogue : H39-385/1-1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996b.

Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada, 1996*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1996.

Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada, 1997*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1997.

Enquête sur l'alcool et les autres drogues en usage au Canada, cité dans W. Clark, « Le tabagisme chez les jeunes au Canada », *Tendances sociales canadiennes*, vol. 43, hiver 1996, p. 2–6, n° de catalogue : 11-008F, Ottawa, Statistique Canada 1994.

Fédération canadienne des enseignantes et enseignants. *A Cappella: rapport sur les réalités, préoccupations, attentes et obstacles que connaissent les adolescentes au Canada*, Ottawa, Fédération canadienne des enseignantes et enseignants, 1990.

Fondation sur l'étude de la mortalité infantile. Site Internet de la Fondation : http://www.sidscanada.org/sids.html, 1997.

Galambos, N.L., et L.C. Tilton-Weaver. « Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 2, p. 9–20, n° de catalogue : 82-003-XPB, Ottawa, Statistique Canada, 1998.

Goldie, R.S., et coll. « Children Born to Mothers with HIV: Psychosocial Issues for Families in Canada Living with HIV/AIDS », *Summary Report by Hospital for Sick Children*, Toronto, Hospital for Sick Children, 1997.

Groupe national de travail sur la politique du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Syndrome d'alcoolisme foetal : Une question de santé familiale et infantile, 1994*. Site Web : www.ccsa.ca/pubscat.htm.

Guy, K.A. (dir.). *Notre promesse aux enfants*. Institut canadien de la santé infantile, 1997.

Henderson, G. et M. Primeaux. *Transcultural Health Care*, Don Mills, Addison-Wesley Publishing Company, 1981.

Hewitt, D., G. Vinje et P. MacNeil (dir.). *Horizons trois : Mieux comprendre l'usage de l'alcool et des autres drogues chez les jeunes, au Canada*, n° de catalogue : H39-307/3-1996E, Ottawa, Santé Canada, 1995.

Insight Canada Research. *The Adolescent Female and Birth Control*, Toronto, Insight Canada Research, 1992.

Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données sur les hospitalisations en 1994–1995*, (base de données électronique), 1998.

Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. « L'activité physique au Canada », *Le progrès par la prévention*, Bulletin n° 1, Ottawa, 1996a.

Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. « Les croyances des parents sur l'activité de leurs enfants », *Le progrès par la prévention*, Bulletin n° 9, Ottawa, 1996b.

Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. « Acceptation des lignes directrices sur les jeunes », *Le progrès par la prévention*, Bulletin n° 13, Ottawa, 1997.

Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994.

Kalil, R. « Synapse Formation in the Developing Brain », *Scientific American*, vol. 261, 1989, p. 76–85.

King, A., et coll. *The Health of Youth: A Cross-National Survey*, World Health Organization Regional Publications, European Series, n° 69, 1996.

King, A.J.C., W. Boyce et M. King. *La santé des jeunes: tendances au Canada*. n° au catalogue H39-498/1999F, Ottawa, Santé Canada, 1999.

Lawn, J. et N. Langer. *Programme de contrôle de la subvention accordée au service aérien omnibus : rapport final — vol. 2*, Ottawa, ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada, 1994.

Lin, T.-y. « Cross-cultural Medicine: Psychiatry and Chinese Culture », *Western Journal of Medicine*, vol. 139, 1983, p. 862–867.

Lockhart, S. « La sécurité dans les terrains de jeu », *Le Bulletin du SCHIRPT*, n° 12, novembre 1997, p. 1, Ottawa, Santé Canada, 1997.

Mackenzie, S.G. « Que peuvent-elles nous apprendre sur les intoxications chez les enfants? », *Le Bulletin du SCHIRPT*, n° 5, juillet 1995, p. 3–5, Ottawa, Santé Canada, 1995.

Mackenzie, S.G. « Regroupement des codes E aux fins de présentation des données sur le taux de mortalité due aux blessures », *Le Bulletin du SCHIRPT*, n° 12, novembre 1997, Ottawa, Santé Canada, 1997.

McKenzie, D. *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues 1997*, Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse/Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1997.

Organisation mondiale de la santé. Les comportments de santé des jeunes d'âge scolaire, une étude multi-nationale de l'Organisation mondiale de la santé, 1999.

Otis, J. Cité dans G. Godin et F. Michaud. « La prévention des MTS et du sida chez les jeunes », dans *La santé du Canada : un héritage à faire fructifier — vol. 1, Les enfants et les adolescents*, n° de catalogue : H21-126/6-1-1997F, Ottawa, Forum national sur la santé, Santé Canada, 1998, p. 357–400.

Rivara, F.P. et B.A. Mueller. « The Epidemiology and Causes of Childhood Injuries », *Journal of Social Issues*, vol. 43, n° 2, 1987, p. 13–31.

Ross, D.P., K. Scott et M.A. Kelly. « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 15–45.

Santé et Bien-être social Canada. *L'allaitement maternel au Canada: pratiques et tendances*, n° de catalogue : H39-199/1990F, Ottawa, Santé et Bien-être Canada, 1990.

Santé Canada. *Les effets de la fumée primaire et secondaire du tabac pendant les périodes prénatale et post-natale : résumé documentaire*, n° de catalogue : H39-306/2-1994F, Ottawa, Santé Canada, 1995a.

Santé Canada. « Fais de beaux rêves. Réduisez la risque du syndrome de mort subite du nourrisson », brochure, n° de catalogue : H39-333/1995F, Ottawa, Santé Canada, 1995b.

Santé Canada. *Enquête sur le tabagisme au Canada* — Cycle 3, Ottawa, Santé Canada, 1995c.

Santé Canada. « Éléments de référence : Étude préliminaire sur les enfants et de saines habitudes alimentaires », rapport préparé pour l'Unité, des programmes de nutrition, n° de catalogue : H39-345/2-1995F, Ottawa, Santé Canada, 1995d.

Santé Canada. *Éléments de référence : Écoles et nutrition*, Ottawa, Santé Canada, 1995e.

Santé Canada. *Rapport annuel 1994 sur le sida au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 1995f.

Santé Canada. *Déclaration conjointe : prévention du Syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) les effets du SAF au Canada*, n° de catalogue : H39-348/1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996a.

Santé Canada. Bibliothèque d'information sur la santé des Autochtones, base de données électronique, Ottawa, Direction générale des services médicaux, Santé Canada, 1996b.

Santé Canada. *Le tabac, un mode de vie : l'usage non-traditionnel du tabac chez les peuples autochtones*, n° de catalogue : H34-71/1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996c.

Santé Canada. *Totalisation personnalisée, Statistiques concernant les stupéfiants, les drogues contrôlées et les drogues d'usage restreint*, Ottawa Bureau de la surveillance des drogues, Santé Canada, 1996d.

Santé Canada. *Pour la sécurité des jeunes canadiens: des données statistiques aux mesures préventives*, n° de catalogue : H39-412/1997F, Ottawa, Santé Canada, 1997a.

Santé Canada. *La fumée de tabac ambiante et les enfants*, Ottawa, Santé Canada, 1997b.

Santé Canada. *Le point sur l'allaitement maternel au Canada*, n° de catalogue : H39-335/1998F, Ottawa, Santé Canada, 1998a.

Santé Canada. « Revue des politiques de Santé Canada concernant l'addition de vitamines et de substances minérales aux aliments », Ottawa, Direction des aliments, Santé Canada, 1998b.

Santé Canada. *L'alcool et la grossesse*. Système canadien de surveillance périnatale, fiches d'information, 1998c.

Santé Canada. *Le sida et le VIH au Canada : rapport de surveillance en date du 31 décembre 1997*, n° de catalogue : H48-53/32-1998F, Ottawa, Santé Canada, 1998d.

Santé Canada. *Actualités en épidémiologie sur les MTS*, série n° 4, avril 1998, site Web : http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/std411_e.html, 1998e.

Santé Canada. Site Internet de Santé Canada : http://www.hcsc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/ccdr/98vol24/24sl/stde_e.html, 1998f.

Santé Canada. « Déclaration conjointe : réduire les risques du syndrome de mort subite du nourrisson au Canada », n° de catalogue : H39-446/2-1999F, Ottawa, Santé Canada, 1999a.

Santé Canada. *La cigarette et les jeunes: les risques pour la santé. Ta vie vaut cent fois mieux que ça!* La Division de la réduction du tabagisme, fiches d'information, 1999b.

Santé Canada. *Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*, Ottawa, Santé Canada, 1999c.

Santé Canada. *Les blessures non-intentionnelles chez les enfants : résultats provenant d'une enquête sur la santé des Canadiens*, 1999d.

Santé Canada. *Alimentation saine et estime de soi : le lien avec l'image corporelle*, non daté.

Saulis, M. « Enquête sur la tabagisme chez les jeunes autochtones: rapport final détaillé à Santé Canada », 1997.

Société canadienne de la Croix-Rouge. « Noyades chez les enfants de 1 à 4 ans au Canada », rapport spécial publié par la Société canadienne de la Croix-Rouge, 1994.

Société canadienne de pédiatrie. « Réduire le risque du syndrome de mort subite du nourrisson », *Santé infantile*, vol. 1, n° 1, 1996, p. 63–67.

Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada. *Comment se nourrir pour avoir des enfants naissant à terme et en santé*. Santé Canada, Ottawa, 1998.

Statistique Canada. « Naissances, 1990 » *Rapports sur la santé* (suppl. n° 14), vol. 4, n° 1, n° de catalogue : 82-003514, Ottawa, Statistiques Canada, 1992a.

Statistique Canada. « Décès, 1990 » *Rapports sur la santé* (suppl. n° 15), vol. 4, n° 1, n° de catalogue : 82-003515, Ottawa, Statistique Canada, 1992b.

Statistique Canada. *Portrait statistique des femmes au Canada*, n° de catalogue : 89-503F, Ottawa, Statistique Canada, 1995a.

Statistique Canada. *Les principales causes de décès à différent âges*, n° de catalogue : 84-503-XPB, Ottawa, Statistique Canada, 1995b.

Statistique Canada. *Santé génésique : taux de grossesses au Canada, 1974–1993*, n° de catalogue : 82-568-XPB, Ottawa, Statistique Canada, 1996.

Statistique Canada. *Le Quotidien*, 29 mai 1998.

Stephens, T. et C.L. Craig. *Faits saillants de l'enquête Campbell de 1988*, Institut canadien de recherche sur la condition physique et le mode de vie, 1990.

Wadhera, S. et W.J. Millar. « La Grossese chez les adolescents, 1974 à 1994 », *Rapports sur la santé*, vol. 9, n° 3 (Hiver 1997) : p. 9–18, n° de catalogue : 82-003-XPB, Ottawa, Statistique Canada, 1997.

Williamson, N. « La santé sexuelle et la prévention des MTS » dans *Enquête promotion de la santé, Canada 1990 : rapport technique*, T. Stephens et G.T. Fowler (dir.), n° de catalogue : H39-263/2-1990F, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1993.

Chapitre

7

Les capacités individuelles et les habiletés d'adaptation

Aperçu

Les capacités individuelles et les habiletés d'adaptation renferment des caractéristiques psychologiques telles que la compétence personnelle et un sens de la maîtrise de sa propre vie. Ces caractéristiques jouent un rôle important de soutien pour la santé mentale et physique — en jouant sur la vulnérabilité des gens à des problèmes de santé comme le cancer et les maladies cardiovasculaires et en influant sur le risque de blessures involontaires, de troubles mentaux et de suicide.

Les habiletés d'adaptation permettent aux personnes d'être autonomes, de résoudre des problèmes et de prendre des décisions éclairées qui améliorent leur santé. Elles aident les gens à faire face aux événements, aux défis et au stress quotidiens sans adopter de comportements entraînant un risque pour leur santé, comme l'abus de l'alcool ou des drogues. Les personnes qui croient fortement en leur efficacité et en leur habileté à faire face aux circonstances de la vie réussiront probablement très bien à adopter et à maintenir un comportement et un mode de vie sains.

Il est bien prouvé que les habiletés d'adaptation s'acquièrent principalement au cours des premières années de vie. Les enfants ont cette capacité innée de s'adapter, de résister au stress et aux circonstances négatives. Les expériences de la jeune enfance agissent toutefois fortement sur cette capacité. Le développement maximal des habiletés d'adaptation dépendra de divers facteurs de protection et de risque chez la personne, sa famille et sa communauté. Le sexe, le tempérament, le style parental, le milieu familial, l'interaction avec les pairs, les adultes significatifs et le soutien communautaire, tous ces facteurs ont une influence sur la santé mentale des enfants.

Rapport avec le développement sain des enfants

La présence d'une personne aimante en bas âge est importante.

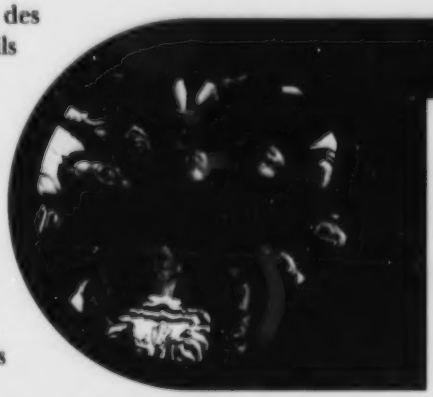
Les premières expériences des enfants contribuent grandement à leur habileté à s'adapter au stress. Il est essentiel que les enfants aient des parents efficaces, qui leur procurent notamment la sécurité affective et leur prodiguent des soins assidus et attentifs, pour pouvoir acquérir les habiletés d'adaptation dont ils auront besoin au cours de leur vie (Steinhauer, 1998). À partir de la naissance et durant la période d'âge préscolaire, le facteur familial sans doute le plus important qui protège cette résistance possible est l'établissement d'un lien solide avec l'une des principales personnes qui a la responsabilité de prodiguer des soins à l'enfant (Steinhauer, 1998, p. 59).

Les conclusions tirées de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) soutiennent que la capacité des parents à exercer leur rôle parental efficacement — et une dynamique familiale qui fonctionne bien sont des déterminants importants de la santé mentale du jeune enfant. Les parents qui s'adaptent difficilement à la vie, au travail, à la famille ou à leur rôle parental ne pourront peut-être pas offrir à leurs enfants le soutien affectif, social et physique nécessaire (CCDS, 1996, p. 16; Landy et Tam, 1996).

La constance dans le rôle parental est particulièrement importante pour établir des relations sociales chez les enfants de familles à risque (McKinnon et Ahola-Sidaway, 1997, p. 38 et 39).

Le soutien et la stimulation continus de la famille, des pairs et d'autres personnes importantes contribuent à une santé mentale positive.

Établir la confiance et la sécurité par des relations chaleureuses, fournir conseils et défis et offrir des occasions de participer significativement à la vie de la famille et de la communauté, voilà autant de facteurs de protection dans l'environnement de l'enfant. Ces facteurs peuvent modifier ou même renverser des répercussions négatives et aider les enfants à développer de la résistance et des habiletés d'adaptation positives (Benard, 1991).



De bonnes relations avec leurs pairs pourront apporter aux enfants les modèles et l'expérience qui les aideront à établir des mécanismes d'adaptation pour contrer l'anxiété excessive.

Les adultes en dehors de la famille immédiate influent également sur le développement sain de l'enfant. Le soutien d'adultes à l'école, dans le voisinage et dans la communauté constitue un facteur important de protection qui aide à contrebalancer les effets négatifs du stress périnatal, de la pauvreté chronique, de la psychopathologie parentale et des perturbations dans la famille (Werner, 1993).

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Les pairs deviennent une source importante de soutien quand les enfants vieillissent. De bonnes relations avec leurs pairs pourront apporter aux enfants les modèles et l'expérience qui les aideront à établir des mécanismes d'adaptation pour contrer l'anxiété excessive (Manassis et Bradley, 1994). Par contre, les pairs peuvent jouer un rôle négatif en encourageant la participation à des comportements à risque élevé (comme conduire en état d'ébriété, faire l'expérience de drogues) qui se répercutent de manière négative à long terme sur la santé et sur d'autres aspects de la vie.

La stimulation et le défi sont essentiels au développement sain d'un enfant. En franchissant les étapes de l'enfance à l'adolescence, les enfants ont besoin de vivre une certaine quantité de stress et de prendre des risques. Réussir en dépit des obstacles et de la compétition et s'adapter aux événements traumatisants de la vie, tels que la mort ou le divorce, peuvent aider les enfants à s'adapter et à se développer (McKinnon et Ahola-Sidaway, 1997, p. 44).

Le bien-être physique et le bien-être mental sont reliés.

La mesure dans laquelle les personnes réussissent à bien réagir aux défis qui se présentent dans leurs milieux de vie et de travail semble constituer un déterminant notable qui influe sur leur vulnérabilité aux problèmes de santé. Bien que le cheminement et les mécanismes ne soient pas encore clairs, il y a de fortes indications selon lesquelles il existerait un lien entre le système nerveux central et le système immunitaire (Dantzer et Kelly, 1998). Une mauvaise réaction aux défis qui se présentent peut entraîner le maintien de niveaux toujours élevés de stéroïdes, affaiblissant ainsi le système de défense du corps et les autres fonctions corporelles; il en résulte une augmentation de la vulnérabilité aux répercussions négatives sur la santé (Keating et Mustard, 1996, p. 9).

De récentes observations ont approfondi la compréhension des relations qui existent entre l'esprit et le corps et de la façon dont le développement de la capacité individuelle et des habiletés d'adaptation durant l'enfance peut exercer une influence sur une grande variété de causes de décès à l'âge adulte (Keating et Mustard, 1996, p. 9–10).

La résilience et les adolescents

La résilience se définit comme « ... le développement sain de la personne humaine — un processus dynamique où la personnalité et les influences environnementales interagissent dans une relation réciproque de transaction » [Traduction] (Benard, 1996, p. 9).

Les adolescents qui surmontent l'adversité, qui manifestent de la résistance malgré les obstacles qui se dressent devant eux, ont accès d'habitude à trois sources de « protection » : une famille stable et cohérente, un soutien externe et certaines ressources personnelles (Werner, 1993). Ces ressources personnelles comprennent notamment des éléments de personnalité comme l'estime de soi et l'autonomie, des compétences intellectuelles comme la capacité de résoudre des problèmes, des habiletés sociales comme la coopération, l'engagement social et la réciprocité, un sentiment d'autoefficacité et un tempérament facile à vivre (Werner, 1993; Rutter, 1985).

Les pairs deviennent une source importante de soutien quand les enfants vieillissent. De bonnes relations avec leurs pairs pourront apporter aux enfants les modèles et l'expérience qui les aideront à établir des mécanismes d'adaptation pour contrer l'anxiété excessive (Manassis et Bradley, 1994). Par contre, les pairs peuvent jouer un rôle négatif en encourageant la participation à des comportements à risque élevé (comme conduire en état d'ébriété, faire l'expérience de drogues) qui se répercutent de manière négative à long terme sur la santé et sur d'autres aspects de la vie.

La stimulation et le défi sont essentiels au développement sain d'un enfant. En franchissant les étapes de l'enfance à l'adolescence, les enfants ont besoin de vivre une certaine quantité de stress et de prendre des risques. Réussir en dépit des obstacles et de la compétition et s'adapter aux événements traumatisants de la vie, tels que la mort ou le divorce, peuvent aider les enfants à s'adapter et à se développer (McKinnon et Ahola-Sidaway, 1997, p. 44).

Le bien-être physique et le bien-être mental sont reliés.

La mesure dans laquelle les personnes réussissent à bien réagir aux défis qui se présentent dans leurs milieux de vie et de travail semble constituer un déterminant notable qui influe sur leur vulnérabilité aux problèmes de santé. Bien que le cheminement et les mécanismes ne soient pas encore clairs, il y a de fortes indications selon lesquelles il existerait un lien entre le système nerveux central et le système immunitaire (Dantzer et Kelly, 1998). Une mauvaise réaction aux défis qui se présentent peut entraîner le maintien de niveaux toujours élevés de stéroïdes, affaiblissant ainsi le système de défense du corps et les autres fonctions corporelles; il en résulte une augmentation de la vulnérabilité aux répercussions négatives sur la santé (Keating et Mustard, 1996, p. 9).

De récentes observations ont approfondi la compréhension des relations qui existent entre l'esprit et le corps et de la façon dont le développement de la capacité individuelle et des habiletés d'adaptation durant l'enfance peut exercer une influence sur une grande variété de causes de décès à l'âge adulte (Keating et Mustard, 1996, p. 9–10).

La résilience et les adolescents

La résilience se définit comme « ... le développement sain de la personne humaine — un processus dynamique où la personnalité et les influences environnementales interagissent dans une relation réciproque de transaction » [Traduction] (Benard, 1996, p. 9).

Les adolescents qui surmontent l'adversité, qui manifestent de la résistance malgré les obstacles qui se dressent devant eux, ont accès d'habitude à trois sources de « protection » : une famille stable et cohérente, un soutien externe et certaines ressources personnelles (Garmezy, 1983). Ces ressources personnelles comprennent notamment des éléments de personnalité comme l'estime de soi et l'autonomie, des compétences intellectuelles comme la capacité de résoudre des problèmes, des habiletés sociales comme la coopération, l'engagement social et la réceptivité, un sentiment d'autoefficacité et un tempérament facile à vivre (Garmezy, 1983; Rutter, 1983).

Les enfants naissent avec une résistance innée.

Tous les enfants ont cette capacité innée de « s'autocorriger » : ils peuvent développer des traits comme la compétence sociale, la capacité de résoudre des problèmes de façon efficace, l'autonomie, la détermination d'un but bien précis et la croyance en un avenir positif. De fait, des études à long terme montrent que de 50 % à 70 % des enfants nés dans des conditions à risque élevé (p. ex., dans des familles marquées par la violence, des communautés déchirées par la guerre) acquièrent une compétence sociale et réussissent dans la vie (Benard, 1996).

Cette résilience innée au stress n'est pas statique; elle varie avec le temps, à mesure que les circonstances dans la vie de la personne changent. Le niveau de résistance dépend de plusieurs facteurs environnementaux et exige un appui tant interne qu'externe pour contribuer au développement sain de la personne (Benard, 1991).

D'autres facteurs influent sur les capacités individuelles et sur les habiletés d'adaptation.

La culture et l'ethnicité peuvent aussi avoir une incidence sur le bien-être social et le bien-être économique de la personne, qui peuvent influer en retour sur sa santé physique et mentale. Ainsi, les membres de minorités culturelles et ethniques peuvent être victimes de harcèlement à l'école ou au travail; les différences linguistiques peuvent isoler les parents et les enfants; les préjugés peuvent empêcher les gens de profiter des occasions de s'instruire ou de se trouver un emploi ou un logement; les malentendus fondés sur des différences d'ordre culturel ou linguistique peuvent nuire à l'accès aux services sociaux et autres avantages, et ces gens peuvent se sentir rejetés ou isolés de la communauté (Santé Canada, 1996, p. 23).

Les mécanismes d'adaptation peuvent être positifs ou négatifs.

Le bien-être, ou la santé positive, s'entend des qualités physiques, mentales et sociales qui permettent à une personne de relever les défis qui se présentent quant à sa santé et à son fonctionnement. Les gens utilisent divers mécanismes d'adaptation pour relever les défis de la vie; certains contribuent à la santé et à l'équilibre, alors que d'autres menacent davantage la santé de la personne.

Par exemple, l'activité physique contribue à la santé physique et mentale; en plus d'être en meilleure forme physique, les gens actifs ont tendance à avoir une image plus positive d'eux-mêmes et de leur corps (Santé Canada, 1999). De même, les loisirs comme la musique et l'art offrent une soupape positive au stress et enseignent aux enfants les connaissances pratiques pour s'adapter.

La consommation de tabac, d'alcool et de drogue sont des mécanismes d'adaptation négatifs. Une dépendance tôt dans la vie perdure souvent à l'âge adulte et peut entraîner des problèmes de santé connexes.

Conditions et tendances

La vie des enfants peut être stressante. Ils vivent des changements physiques, affectifs et psychologiques rapides et doivent affronter des exigences scolaires, des relations avec leurs pairs et la participation à la population active. La plupart d'entre eux acquièrent les habiletés et les outils nécessaires pour s'adapter, mais certains ont divers troubles mentaux qui peuvent les toucher pendant une bonne partie de leur vie d'adulte.

Les troubles mentaux

La plupart des enfants canadiens n'ont pas de troubles mentaux. Pourtant, la recherche dans ce domaine laisse supposer qu'entre 17 % et 22 % des enfants et des jeunes au Canada en souffrent d'un ou de plusieurs (Davidson et Manion, 1996, p. 42). Un sondage auprès de la jeunesse ontarienne a révélé que 25 % des jeunes de 15 à 24 ans ont déclaré avoir un trouble de santé mentale (Ministère de la Santé de l'Ontario, 1994, p. 10).

Les enfants risquent d'avoir toutes sortes de troubles mentaux.

L'apparition de certains troubles mentaux chez les enfants peut entraîner des répercussions psychosociales négatives plus tard. Par exemple, la recherche indique que les enfants qui présentent des troubles de conduite ou un comportement antisocial peuvent avoir plus tendance à adopter des comportements criminels et à abuser d'alcool et d'autres drogues, ainsi qu'à avoir des difficultés psychologiques à l'adolescence et à l'âge adulte (Offord, Boyle et Racine et coll., 1992; Offord et Bennett, 1994).

Le trouble déficitaire de l'attention (TDA) et le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THDA) semblent très courants pendant la période préscolaire et les premières années du primaire (Loeber et Keenan, 1994). Ces conditions, de pair avec des difficultés d'apprentissage, peuvent nuire au développement social par suite des problèmes d'apprentissage à l'école et des difficultés dans les relations interpersonnelles (McKinnon et Ahola-Sidaway, 1997).

Le sexe joue un rôle.

Il y a d'importantes différences d'âge et de sexe en ce qui a trait aux troubles affectifs et comportementaux des enfants. D'après l'ELNEJ, en 1994–1995, le taux le plus élevé de troubles affectifs et comportementaux se trouvait chez les garçons de huit à 11 ans (26 %) et le plus faible, chez les filles de quatre à sept ans (16 %). Chez les garçons des deux groupes d'âge, l'hyperactivité était le trouble le plus courant, suivi du trouble des conduites. Le taux d'incidence des troubles affectifs augmentait de façon appréciable (de 6,1 % à 11,8 %) chez les garçons plus âgés par rapport aux plus jeunes. Chez les filles, le trouble des conduites était plus courant que l'hyperactivité pour les

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

deux groupes d'âge, mais les troubles affectifs prévalaient plus chez les huit à 11 ans (11,3 %). Les taux de prévalence des troubles étaient tous plus élevés chez les garçons que chez les filles (Offord et Lipman, 1996, p. 140). Voir la **figure 7.1**.

Les filles sont plus susceptibles que les garçons d'avoir des « troubles intériorisés ». Par exemple, les jeunes filles appartenant au groupe d'âge des 15 à 19 ans sont plus susceptibles que les personnes appartenant à n'importe quel groupe d'âge-sexe de présenter des symptômes de dépression (14 %); les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans se situent également bien au-dessus de la moyenne (10 %) à cet égard (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996, p. 351).

D'autres facteurs ont une incidence sur la santé mentale.

L'environnement semble aussi influencer les problèmes de comportement. En Ontario, les taux des troubles psychiatriques étaient plus élevés chez les enfants demeurant dans un milieu urbain (16,7 %) que chez ceux qui résidaient en milieu rural (12,3 %) (Offord, Boyle et Racine, 1989, p. 4).

De nombreuses régions au Canada manquent de services de santé mentale. On estime que ces services n'aident qu'un seul enfant canadien sur six aux prises avec des troubles mentaux (Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario, 1993).

7.1 Fréquence de problèmes affectifs et comportementaux chez les 4 à 11 ans, selon l'âge et le sexe, Canada, 1994–1995

	Problèmes émotionnels et comportementaux						
	A. Trouble de comportement (%)	B. Hyperactivité (%)	C. Trouble émotionnel (%)	D. Un ou plusieurs troubles (%)	E. Reprend une année[a] (%)	F. Troubles en relations sociales (%)	G. Un ou plusieurs problèmes[a] (E. ou F.) (%)
Garçons							
4 à 7	10,6	14,0	6,1	21,9	2,9	2,7	27,4
8 à 11	11,3	14,0	11,8	26,0	8,1	4,2	31,0
4 à 11	11,0	14,0	9,0	24,0	6,5	3,5	29,9
Filles							
4 à 7	8,3	6,1	5,8	16,0	2,1	1,5	19,1
8 à 11	8,2	6,7	11,3	18,8	5,8	2,9	24,0
4 à 11	8,3	6,4	8,6	17,4	4,6	2,3	22,4
Garçons et filles							
4 à 7	9,5	10,2	6,0	19,0	2,5	2,1	23,3
8 à 11	9,8	10,4	11,6	22,4	6,9	3,6	27,5
4 à 11	9,6	10,3	8,8	20,7	5,6	2,9	26,2

a. Données disponibles pour les 6 à 11 ans seulement.

Source : Adapté de D.R. Offord et E.L. Lipman. « Problèmes affectifs et comportementaux » dans *Grandir au Canada : Étude longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° au catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 140.

deux groupes d'âge, mais les troubles affectifs prévalaient plus chez les huit à 11 ans (11,3 %). Les taux de prévalence des troubles étaient tous plus élevés chez les garçons que chez les filles (Offord et Lipman, 1996, p. 140). Voir la **figure 7.1**.

Les filles sont plus susceptibles que les garçons d'avoir des « troubles intériorisés ». Par exemple, les jeunes filles appartenant au groupe d'âge des 15 à 19 ans sont plus susceptibles que les personnes appartenant à n'importe quel groupe d'âge-sexe de présenter des symptômes de dépression (14 %); les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans se situent également bien au-dessus de la moyenne (10 %) à cet égard (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996, p. 351).

D'autres facteurs ont une incidence sur la santé mentale.

L'environnement semble aussi influencer les problèmes de comportement. En Ontario, les taux des troubles psychiatriques étaient plus élevés chez les enfants demeurant dans un milieu urbain (16,7 %) que chez ceux qui résidaient en milieu rural (12,3 %) (Offord, Boyle et Racine, 1989, p. 4).

De nombreuses régions au Canada manquent de services de santé mentale. On estime que ces services n'aident qu'un seul enfant canadien sur six aux prises avec des troubles mentaux (Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario, 1993).

7.1 Fréquence de problèmes affectifs et comportementaux chez les 4 à 11 ans, selon l'âge et le sexe, Canada, 1994–1995

	Problèmes émotionnels et comportementaux						
	A. Trouble de comportement (%)	B. Hyperactivité (%)	C. Trouble émotionnel (%)	D. Un ou plusieurs troubles (%)	E. Reprend une année[a] (%)	F. Troubles en relations sociales (%)	G. Un ou plusieurs problèmes[a] (E. ou F.) (%)
Garçons							
4 à 7	10,6	14,0	6,1	21,9	2,9	2,7	27,4
8 à 11	11,3	14,0	11,8	26,0	8,1	4,2	31,0
4 à 11	11,0	14,0	9,0	24,0	6,5	3,5	29,9
Filles							
4 à 7	8,3	6,1	5,8	16,0	2,1	1,5	19,1
8 à 11	8,2	6,7	11,3	18,8	5,8	2,9	24,0
4 à 11	8,3	6,4	8,6	17,4	4,6	2,3	22,4
Garçons et filles							
4 à 7	9,5	10,2	6,0	19,0	2,5	2,1	23,3
8 à 11	9,8	10,4	11,6	22,4	6,9	3,6	27,5
4 à 11	9,6	10,3	8,8	20,7	5,6	2,9	26,2

a. Données disponibles pour les 6 à 11 ans seulement.

Source : Adapté de D.R. Offord et E.L. Lipman. « Problèmes affectifs et comportementaux » dans *Grandir au Canada : Étude longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° au catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 140.

Le stress

L'adolescence peut être une période de grand stress. Les changements physiologiques rapides de la puberté interagissent avec d'autres facteurs de stress et peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé mentale des adolescents.

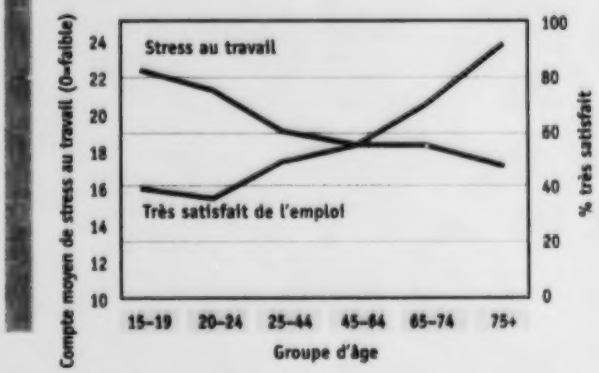
Les jeunes gens peuvent connaître un fort degré de stress en société, à l'école et au travail.

Les jeunes qui ont répondu au sondage canadien de 1992 sur la santé mentale, initiative conjointe de l'Association des psychiatres du Canada et de l'Association canadienne pour la santé mentale, ont affirmé, dans une proportion de 65 %, que l'école est la plus importante source de stress (Association des psychiatres du Canada, 1993, p. 15). Les adolescents et les jeunes adultes ont, en outre, un niveau de stress au travail plus élevé que leurs collègues plus âgés, le stress au travail et la satisfaction liée à leur emploi étant en relation inverse. Les jeunes de 15 à 24 ans sont les moins susceptibles de se déclarer « très satisfaits » au travail (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996, p. 268). Le stress au travail est le stress le plus élevé chez les adolescents qui travaillent, et il diminue avec l'âge pour atteindre son niveau le plus bas chez les travailleurs plus âgés (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996, p. 348). Voir la **figure 7.2**.

Les changements dans la structure familiale causent du stress.

Le décès et l'éclatement de la famille peuvent aussi être des sources de stress pour les enfants. Les données de l'ELNEJ montrent que, selon les parents, à peu près 33 % de tous les enfants de moins de 12 ans ont vécu « des moments de grande tristesse ». Les causes les plus courantes citées, sans égard à l'âge ni au sexe de l'enfant, sont un décès dans la famille (27 %) et le divorce ou la séparation des parents (25 %) (CCDS, 1997, p. 38).

7.2 Stress professionnel et satisfaction au travail de personnes au travail âgées de 15 ans et plus, selon l'âge, Canada, 1994–1995



Source : Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes : Annexes techniques*, n° de catalogue : H39-385/1-1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996, p. 349.

Les sources de stress

Plusieurs enfants ont vécu des événements qui leur ont causé de l'anxiété et de l'inquiétude. Les conclusions de l'ELNEJ montrent que, selon les parents interrogés, près du tiers des enfants de moins de 12 ans ont connu des moments de grande tristesse. Les causes les plus couramment citées, sans égard au sexe ni à l'âge de l'enfant, sont énumérées ci-dessous :

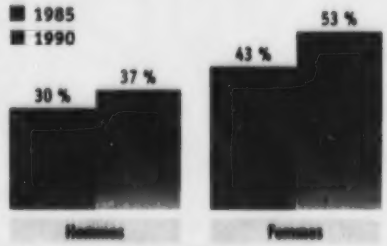
- ***un décès dans la famille — 27 %***
- ***le divorce ou la séparation des parents — 25 %***
- ***un déménagement familial — 8 %***
- ***une maladie ou une blessure chez un membre de la famille — 8 %***
- ***une maladie ou une blessure chez un enfant — 6 %***
- ***les disputes entre les parents — 6 %***
- ***un séjour à l'hôpital — 5 %***
- ***victime de violence ou peur de la violence — 4 %***
- ***un changement de personnes à la maison — 4 %***
- ***la séparation de ses parents (pour d'autres causes que le divorce) — 4 %***
- ***le décès d'un parent — 3 %***
- ***l'alcoolisme ou un trouble mental dans la famille — 2 %***
- ***un séjour en famille d'accueil — 1 %***
- ***autres — 29 %***

(ICSI, 1997, p. 38).

Il y a des différences entre les garçons et les filles.

Il est prouvé que les garçons et les filles vivent le stress différemment durant l'adolescence. Les adolescentes sont moins susceptibles de se sentir bien dans leur peau et plus susceptibles que les adolescents de percevoir leur vie comme stressante (ICSI, 1994, p. 96). **Voir la figure 7.3.**

7.3 Niveau perçu de stress[a], jeunes de 15 à 19 ans, selon le sexe, Canada, 1985 et 1990



a. Très stressé et quelque peu/assez stressé.

Source : Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants au Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, ICSI, 1994, p. 96.

Le suicide

Le risque de suicide est à la hausse chez les jeunes.

De 1970 à 1992, il y a eu une hausse constante et significative du taux de suicide dans le groupe d'âge des 15 à 19 ans, qui est passé du niveau le plus bas de sept par 100 000 habitants à un sommet de 14 par 100 000 enregistré en 1983. Le taux de 13 par 100 000 en 1992 était presque le double du taux enregistré en 1970.

Les jeunes âgés entre 20 et 24 ans affichent un taux plus élevé de suicide que ceux qui sont âgés de 15 à 19 ans, mais ils n'ont pas connu les mêmes hausses que la cohorte plus jeune. Le taux relatif au premier groupe reste à 18 par 100 000 habitants depuis 1989 (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996, p. 364). Voir la **figure 7.4**.

Il y a peu de données sur l'incidence du suicide chez les plus jeunes enfants. On enregistre rarement les suicides chez les jeunes de neuf ans et moins. Chez les garçons de 10 à 14 ans, le taux est passé de 0,6 à 2,6 par 100 000 habitants entre 1960 et 1992; l'augmentation est moins importante chez les filles, passant de 0,1 à tout juste 0,8 au cours de la même période (Santé Canada, 1994).

Les taux pour les tentatives de suicide varient énormément. On estime qu'il y a entre 10 et 100 tentatives de suicide pour chaque suicide réel. (Dyck, Mishara et White, 1998, p. 323).

7.4 Nombre et taux de suicides, selon l'âge et le sexe, et par province et territoire, Canada, 1992

	Suicides	
	Nombre	Taux (par 100 000 de population)
Canada, tous les âges	**3 709**	**13**
Homme	2 923	21
Femme	786	5
Âge, total	**34**	**1**
Homme	26	1
Femme	8	0
Âge 5 à 19 ans, total	**249**	**13**
Homme	198	20
Femme	51	5
Âge 20 à 24 ans, total	**374**	**18**
Homme	306	29
Femme	68	7

Source : Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Rapport sur la santé des Canadiens et Canadiennes : Annexes techniques*, nº de catalogue H39-385/1-1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996, p. 336.

Plus d'adolescents que d'adolescentes meurent par suite d'une tentative de suicide.

Alors que les jeunes femmes sont plus susceptibles de tenter de se suicider, les jeunes hommes le sont beaucoup plus de se suicider (ICSI, 1994, p. 75 et 89). Les tentatives de suicide sont la cause principale d'hospitalisation chez les filles de 15 à 19 ans — en 1989–1990, leur taux d'hospitalisation était plus du double de celui des garçons du même âge (295 par 100 000 habitants, comparativement à 127 par 100 000) (ICSI, 1994, p. 93).

Les taux de suicide sont plus élevés chez les jeunes Autochtones.

Le risque de suicide est plus élevé chez les Autochtones que chez les jeunes gens de la population générale. Le taux de suicide chez les Indiens de plein droit (âges de zéro à 19 ans) est près de cinq fois plus élevé que la moyenne nationale (Santé Canada, 1997, p. 59).

Les sources de stress

Plusieurs enfants ont vécu des événements qui leur ont causé de l'anxiété et de l'inquiétude. Les conclusions de l'ELNEJ montrent que, selon les parents interrogés, près du tiers des enfants de moins de 12 ans ont connu des moments de grande tristesse. Les causes les plus couramment citées, sans égard au sexe ni à l'âge de l'enfant, sont énumérées ci-dessous :

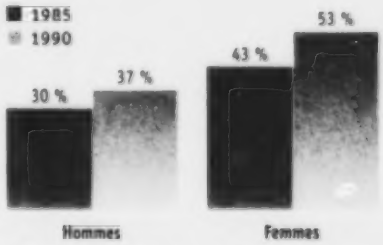
- *un décès dans la famille — 27 %*
- *le divorce ou la séparation des parents — 25 %*
- *un déménagement familial — 8 %*
- *une maladie ou une blessure chez un membre de la famille — 8 %*
- *une maladie ou une blessure chez un enfant — 6 %*
- *les disputes entre les parents — 6 %*
- *un séjour à l'hôpital — 5 %*
- *victime de violence ou peur de la violence — 4 %*
- *un changement de personnes à la maison — 4 %*
- *la séparation de ses parents (pour d'autres causes que le divorce) — 4 %*
- *le décès d'un parent — 3 %*
- *l'alcoolisme ou un trouble mental dans la famille — 2 %*
- *un séjour en famille d'accueil — 1 %*
- *autres — 29 %*

(CCDS, 1997, p. 38).

Il y a des des différences entre les garçons et les filles.

Il est prouvé que les garçons et les filles vivent le stress différemment durant l'adolescence. Les adolescentes sont moins susceptibles de se sentir bien dans leur peau et plus susceptibles que les adolescents de percevoir leur vie comme stressante (ICSI, 1994, p. 96). **Voir la figure 7.3.**

7.3 Niveau perçu de stress[a], jeunes de 15 à 19 ans, selon le sexe, Canada, 1985 et 1990



a. Très stressé et quelque peu/assez stressé.

Source : Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants au Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, ICSI, 1994, p. 96.

Le suicide

Le risque de suicide est à la hausse chez les jeunes.

De 1970 à 1992, il y a eu une hausse constante et significative du taux de suicide dans le groupe d'âge des 15 à 19 ans, qui est passé du niveau le plus bas de sept par 100 000 habitants à un sommet de 14 par 100 000 enregistré en 1983. Le taux de 13 par 100 000 en 1992 était presque le double du taux enregistré en 1970.

Les jeunes âgés entre 20 et 24 ans affichent un taux plus élevé de suicide que ceux qui sont âgés de 15 à 19 ans, mais ils n'ont pas connu les mêmes hausses que la cohorte plus jeune. Le taux relatif au premier groupe reste à 18 par 100 000 habitants depuis 1989 (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996, p. 364). Voir la **figure 7.4**.

Il y a peu de données sur l'incidence du suicide chez les plus jeunes enfants. On enregistre rarement les suicides chez les jeunes de neuf ans et moins. Chez les garçons de 10 à 14 ans, le taux est passé de 0,6 à 2,6 par 100 000 habitants entre 1960 et 1992; l'augmentation est moins importante chez les filles, passant de 0,1 à tout juste 0,8 au cours de la même période (Santé Canada, 1994).

Les taux pour les tentatives de suicide varient énormément. On estime qu'il y a entre 10 et 100 tentatives de suicide pour chaque suicide réel. (Dyck, Mishara et White, 1998, p. 323).

7.4 Nombre et taux de suicides, selon l'âge et le sexe, et par province et territoire, Canada, 1992

	Suicides	
	Nombre	Taux (par 100 000 de population)
Canada, tous les âges	**3 709**	**13**
Homme	2 923	21
Femme	786	5
Âge, total	**34**	**1**
Homme	26	1
Femme	8	0
Âge 5 à 19 ans, total	**249**	**13**
Homme	198	20
Femme	51	5
Âge 20 à 24 ans, total	**374**	**18**
Homme	306	29
Femme	68	7

Source : Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Rapport sur la santé des Canadiens et Canadiennes : Annexes techniques*, n° de catalogue H39-385/1-1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996, p. 336.

Plus d'adolescents que d'adolescentes meurent par suite d'une tentative de suicide.

Alors que les jeunes femmes sont plus susceptibles de tenter de se suicider, les jeunes hommes le sont beaucoup plus de se suicider (ICSI, 1994, p. 75 et 89). Les tentatives de suicide sont la cause principale d'hospitalisation chez les filles de 15 à 19 ans — en 1989–1990, leur taux d'hospitalisation était plus du double de celui des garçons du même âge (295 par 100 000 habitants, comparativement à 127 par 100 000) (ICSI, 1994, p. 93).

Les taux de suicide sont plus élevés chez les jeunes Autochtones.

Le risque de suicide est plus élevé chez les Autochtones que chez les jeunes gens de la population générale. Le taux de suicide chez les Indiens de plein droit (âges de zéro à 19 ans) est près de cinq fois plus élevé que la moyenne nationale (Santé Canada, 1997, p. 59).

Capacités individuelles, habiletés d'adaptation et autres déterminants

Le revenu

Il est de plus en plus prouvé que les effets combinés des multiples stress environnementaux et les effets groupés des carences psychosociales qui souvent vont de pair avec la pauvreté (notamment la dépression maternelle, la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues de la part des parents, la violence parentale et la criminalité paternelle) nuisent à la compétence et à la résistance, plutôt que la seule faiblesse des revenus (Steinhauer, 1998).

Les jeunes venant de familles bénéficiaires de l'aide sociale sont moins nombreux à se dire bien dans leur peau que ceux qui viennent de familles non bénéficiaires. En Ontario, les jeunes âgés de 12 à 19 ans vivant dans des familles qui reçoivent des prestations étaient moins susceptibles de se dire heureux (Analyse du sondage ontarien sur la santé, dans ICSI, 1994, p. 125).

L' environnement social

La violence conjugale peut influer sur la santé mentale des enfants. Les enfants qui sont témoins de violence familiale risquent d'avoir de nombreux problèmes affectifs et comportementaux. Il peut s'agir d'anxiété, de dépression, de conflits avec les pairs, de non-respect et, dans des cas extrêmes, de troubles de stress post-traumatique (Suderman et Jaffe, 1997).

Les facteurs génétiques et biologiques

La recherche laisse entendre que les enfants qui ont une maladie chronique ou un handicap fonctionnel risquent plus d'avoir des problèmes de santé mentale (Cadman et coll., 1986).

Le sexe

Les résultats de l'ELNEJ montrent qu'en 1994–1995 le taux le plus élevé de problèmes affectifs et comportementaux se rencontrait chez les garçons de 8 à 11 ans, et que le plus bas était chez les filles de 4 à 7 ans. De fait, les taux de prévalence des troubles étaient tous plus élevés chez les garçons (ICSI, 1994, p. 75 et 89).

Références

Association des psychiatres du Canada. *The Canadian Youth Mental Health and Illness Survey: Survey Overview, Interview Schedule and Demographic Crosstabulations.* Ottawa, Association des psychiatres du Canada, 1993.

Benard, B. *Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School and Community.* Portland, Western Regional Center for Drug-Free Schools and Communities, Northwest Regional Educational Laboratory, 1991.

Benard, B. « From Research to Practice », *Resiliency in Action*, vol. 1, nº 1, hiver 1996, p. 7–11.

Cadman, D., et coll. « Chronic Illness and Functional Limitation in Ontario Children: Findings of the Ontario Child Health Study », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 135, octobre 1986, p. 761–767.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes : Annexes techniques*, nº de catalogue H39-385/1-1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996.

Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada, 1996*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1996.

Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada, 1997*. Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1997.

Dantzer, R. et K.W. Kelly. « Stress and Immunity: An Integrated View of Relationships Between the Brain and the Immune System », *Life Sciences*, vol. 44, nº 26, 1998, p. 1995–2008.

Davidson, S. et I. Manion. « Facing the Challenge: Mental Health and Illness in Canadian Youth », *Psychology, Health and Medicine*, vol. 1, nº 1, 1996, p. 41–56.

Dyck, R.J., B.L. Mishara et J. White. « Le suicide chez les enfants, les adolescents et les personnes âgées : constatations clés et mesures préconisées » dans *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, vol. 3. Le cadre et les enjeux*, Ottawa, Forum national sur la santé, Santé Canada, 1998, p. 323–375.

Garmezy, N. « Stressors in Childhood » dans *Stress, Coping and Development in Children*, N. Garmezy et M. Rutter (dir.), New York, McGraw-Hill Book Company, 1983 p. 43–84.

Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario. News Release, 6 octobre 1993. Ottawa, Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario, 1993.

Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994.

Keating, D.P. et J.F. Mustard. « L'enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes : un élément essentiel au développement d'une société de l'apprentissage au Canada », dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, nº de catalogue : 89-550-MPF, nº 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 7–16.

Landy, S. et K.K. Tam. « Les pratiques parentales influencent bel et bien le développement des enfants du Canada », dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, nº de catalogue : 89-550-MPF, nº 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 103–118.

Loeber, R. et K. Keenan. « Interaction Between Conduct Disorder and Its Comorbid Conditions: Effects of Age and Gender », *Clinical Psychology Review*, vol. 14, nº 6, 1994, p. 497–523.

Manassis, K. et S.J. Bradley. « The Development of Childhood Anxiety Disorders: Toward an Integrated Model », *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 15, 1994, p. 345–366.

McKinnon, M. et J. Ahola-Sidaway. *Gender Issues and Young Children's Mental Health: Final Report*. Ottawa, Santé Canada, 1997.

Ministère de la Santé de l'Ontario. *L'enquête sur la santé en Ontario 1990 : supplément — santé mentale*. Toronto, Ontario Ministry of Health, 1994.

Offord, D.R. et K.J. Bennett. « Conduct Disorder: Long-Term Outcomes and Intervention Effectiveness », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 33, nº 8, 1994, p. 1069–1078.

Offord, D.R., M.H. Boyle et Y. Racine. *Ontario Child Health Study: Children at Risk*. Toronto, Queen's Printer, 1989.

Offord, D.R., M.H. Boyle et Y.A. Racine, et coll. « Outcome, Prognosis and Risk in a Longitudinal Follow-up Study », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 31, nº 5, 1992, p. 916–923.

Offord, D.R. et E.L. Lipman. « Problèmes affectifs et comportementaux », dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, nº de catalogue : 89-550-MPF, nº 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 135–144.

Rutter, M. « Stress, Coping and Development: Some Issues and Some Questions » dans *Stress, Coping and Development in Children*, N. Garmezy et M. Rutter (dir.), New York, McGraw-Hill Book Company, 1983, p. 1–42.

Santé Canada. *Le suicide au Canada: mise à jour du rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*, nº de catalogue : H39-107/1995F, Ottawa, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1994.

Santé Canada. *Pour une compréhension commune : une clarification des concepts clés de la santé de la population*, nº de catalogue : H39-391/1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996.

Santé Canada. *Pour la sécurité des jeunes canadiens : des données statistiques aux mesures préventives*, nº de catalogue H39-412/1997F, Ottawa, Santé Canada, 1997.

Santé Canada. *Activité physique, estime de soi et santé*, Ottawa, Santé Canada, 1999.

Steinhauer, P.D. « Développer la résilience chez les enfants des milieux défavorisés » dans *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier — vol. 1, Les enfants et les adolescents*, nº de catalogue : H21-126/6-1-1997F, Ottawa, Forum national sur la santé, Santé Canada, 1998, p. 49–105.

Suderman, M. et P. Jaffe. « Children and Youth Who Witness Violence », In *Child Abuse: New Directions in Prevention and Treatment Across the Lifespan*, D.A. Wolfe, R.J. McMahon et R. deV. Peters (dir.), Thousand Oaks, Sage Publications, 1997, p. 55–78.

Werner, E.E. « Risk, Resilience and Recovery. Perspectives from the Kauai Longitudinal Study », *Development and Psychopathology*, vol. 5, 1993, p. 505–513.

Chapitre

8

Les facteurs génétiques et biologiques

Aperçu

La biologie fondamentale et la constitution dynamique et organique de l'organisme humain sont des déterminants fondamentaux de la santé. Ces perspectives scientifiques portent sur le patrimoine génétique d'un individu, sur le fonctionnement des divers systèmes corporels et sur les processus du développement et de la maturation.

Le patrimoine génétique représente les variations héritées dans l'ADN qui constituent les éléments bâtisseurs du corps. Notre patrimoine génétique peut nous prédisposer à des anomalies ou à des conditions héritées (p. ex., la maladie de Tay Saks, l'autisme) et peut influer sur notre résistance aux maladies et favoriser notre état de santé en général. Une fois qu'un embryon est conçu, son patrimoine génétique ne peut plus se changer.

Les facteurs de risque biologiques sont soit innés (p. ex., le syndrome de Down), soit acquis (p. ex., une lésion cérébrale par suite d'une blessure grave à la tête). Des anomalies chromosomiques inévitables peuvent causer un état inné, alors qu'un état acquis peut découler d'influences tératogènes au cours de la grossesse ou de changements biologiques durant ou après la naissance. Ces facteurs biologiques peuvent être permanents ou être modifiés par l'environnement ou par le processus de maturation. Ainsi, une fois soignés avec des médicaments, les enfants souffrant d'un trouble déficitaire de l'attention (TDA) peuvent souvent fonctionner normalement et ne seraient pas considérés comme atteints d'un handicap.

Les effets tératogènes sont causés par des agents externes comme l'alcool, les médicaments ou autres agents chimiques ou biologiques qui influent sur la croissance et le développement de l'embryon ou du fœtus. On peut citer comme exemples d'effets tératogènes les malformations chez les enfants nés de mères qui, pendant la grossesse, ont eu la rubéole, ont consommé de l'alcool à l'excès ou ont pris de la thalidomide.

Les pratiques de santé personnelles, les environnements physique et social, l'éducation, la situation économique et sociale sont d'autres déterminants de la santé pouvant agir de façon positive ou négative sur le processus biologique du fonctionnement, du développement et de la maturation de l'organisme humain.

Ces facteurs de risque influencent le développement de l'enfant de diverses façons directes et indirectes, interagissant avec des environnements qui modifient également la santé. Plusieurs de ces facteurs de risque génétiques ou biologiques réagissent aussi à des interventions qui peuvent minimiser leur impact et leurs effets. Par exemple, des programmes qui favorisent le développement sain des enfants ou des programmes de rattrapage qui aident les enfants à se préparer à l'école peuvent minimiser l'impact des facteurs de risque biologiques liés au développement cognitif.

Avec les progrès réalisés en médecine, on peut s'attendre à voir de nouveaux examens et traitements biomédicaux importants qui pourront identifier, prévenir et soigner les différents états de santé. Les percées en médecine qui prolongeront l'espérance de vie des personnes ayant un handicap, liées à la réalité d'une population vieillissante de gens ayant des handicaps apporteront des changements sur deux plans : une demande accrue de services sociaux et de cliniques spécialisés pour répondre aux besoins de cette population à toutes les étapes de la vie et une plus grande reconnaissance des droits des personnes ayant des handicaps.

Rapport avec le développement sain des enfants

Au sens large, les facteurs de risque biologiques s'entendent des caractéristiques innées ou acquises de l'enfant qui le placent en situation où il risque d'avoir une mauvaise santé. Ces facteurs peuvent influer sur le développement sain d'un enfant à plusieurs niveaux : depuis le simple fait biologique du sexe de l'enfant jusqu'aux variantes génétiques relativement communes, comme celles qu'on associe au trouble déficitaire de l'attention, à la lésion cérébrale, qui peut être causée, entre autres, par une blessure grave à la tête.

On ne peut dissocier nature et éducation lorsqu'on parle du développement de l'enfant. Les facteurs de risque ne sont pas des variables indépendantes qui fonctionnent dans le vide; elles peuvent interagir en synergie ou s'additionner (Szatmari et coll., 1994). Certains facteurs de risque environnementaux peuvent occasionner des répercussions biologiques susceptibles d'affecter la santé des enfants. Par exemple, le plomb dans l'environnement peut entraîner une intoxication par le plomb qui, à son tour, devient un facteur de risque pouvant être cause d'un quotient intellectuel faible, de troubles spécifiques d'apprentissage ou d'un trouble déficitaire de l'attention. Le chômage et le changement complet de milieu peuvent conduire à la consommation excessive d'alcool, qui, chez la femme enceinte, peut se traduire plus tard par la naissance d'un enfant atteint du syndrome d'alcoolisme fœtal. On a associé le syndrome d'alcoolisme fœtal à des problèmes d'apprentissage, à une faible croissance et à des comportements perturbateurs.

Les facteurs de risque biologiques ou génétiques peuvent diriger les enfants vers certains milieux (p. ex., des écoles spécialisées, des pairs délinquants, des centres de détention) qui augmentent encore plus le risque de se retrouver avec une mauvaise santé définie dans un sens large. Ces enchaînements causals sont dynamiques et complexes et présentent de multiples facettes. À proprement parler, une intervention à un endroit ou l'autre de la chaîne peut avoir des effets remarquables sur plusieurs niveaux de répercussions sur la santé.

L'interaction des facteurs biologiques ou génétiques au sein du milieu est dynamique — sans cesse changeante avec le temps. Les interventions qui visent notamment à changer le patrimoine génétique d'un enfant sont difficiles à mettre en œuvre, et il y a peu d'options. On peut davantage prévenir les effets tératogènes et d'autres répercussions liés à la santé découlant des facteurs de risque physiologiques et biologiques. De plus, les interventions en vue de trouver et de déterminer des milieux qui favorisent le développement optimal sont bien connues et peuvent être mises en œuvre, à condition d'avoir les ressources appropriées. Ainsi, on sait qu'il est possible d'intervenir précocement dans le cas des enfants à risque, dans celui des enfants qui présentent un retard du développement ou dans celui des enfants atteints d'autisme (Zoritch, Roberts et Oakley, 1998; Rogers, 1998).

Les types de facteurs de risque génétiques et biologiques

Voici quelques exemples de facteurs de risque génétiques et biologiques. La liste n'est pas exhaustive; elle vise plutôt à illustrer la gamme étendue de facteurs de risque dans ce domaine qui exercent une influence sur le développement de l'enfant.

Les syndromes génétiques et chromosomiques

Les exemples de syndromes génétiques et chromosomiques sont nombreux : le syndrome de Down, le syndrome de l'X fragile et la sclérose tubéreuse de Bourneville. Pris individuellement, ces troubles peuvent être rares, mais il y a plusieurs troubles monogéniques et anomalies chromosomiques qui influent sur le cerveau. Regroupés, ces troubles comportent beaucoup de souffrances (Costa, Scriver et Childs, 1985). Plusieurs de ces états sont associés à des difficultés d'apprentissage graves, et plusieurs syndromes se caractérisent par des comportements particuliers qui risquent de créer d'autres problèmes de santé chez l'enfant (Dykens, 1996). Par exemple, le syndrome de Lesch-Nyhan est une anomalie génétique qui se caractérise par l'automutilation (Nyhan, 1997). Cela peut mener à plusieurs autres problèmes de santé physique et affective, non seulement pour l'enfant, mais aussi pour toute la famille.

L'utilisation et l'abus des médicaments et des drogues durant la grossesse

On est à déterminer de plus en plus de substances pouvant nuire au développement du fœtus, notamment de faibles doses d'alcool, de tabac, de drogues illicites ou de médicaments d'ordonnance (Mattson et Riley, 1998; Singer, Garber et Kliegman, 1991; Slotkin, 1998). Ces drogues et médicaments peuvent nuire au développement tant ~~physique que~~ cognitif (Singer et coll., 1997); toutefois, les effets sur l'apprentissage et sur le comportement ne paraîtront peut-être pas pendant des années. Le syndrome d'alcoolisme fœtal pose un problème particulier pour ceux qui ont un revenu très faible (Abel et Skol, 1987; Sampson et coll., 1997).

Les influences externes sur le développement du cerveau

Il est de plus en plus prouvé maintenant que le stress durant la grossesse de même que l'alimentation de la mère et du jeune enfant peuvent influer sur le développement du cerveau du fœtus et du jeune enfant. Par exemple, des modèles d'animaux laissent supposer que le stress durant la grossesse peut toucher le milieu hormonal intra-utérin, ce qui risque d'engendrer une dépresssion chez l'enfant plus tard. (Schneider et coll., 1998; Sandman et coll., 1997; Anisman et coll., 1998). Les modèles d'animaux montrent, en outre, qu'un milieu intra-utérin stressant peut influer sur les connexions des nerfs au cerveau et sur l'architecture du développement du cerveau (Hayashi et coll., 1998). Les effets de la malnutrition en bas âge sur l'apprentissage et la cognition sont bien connus (Richards et coll., 1998; Morgan, 1990).

« Les femmes enceintes doivent prendre une plus grande quantité de folate, vitamine du groupe B, pour faire face à l'augmentation du volume sanguin et à la croissance des tissus maternels et fœtaux et réduire le risque d'anomalies du tube neural (ATN) pour le fœtus » (Santé Canada, 1999, p. 30). « Les anomalies du tube neural (ATN) résultent d'un développement anormal et d'une absence de fermeture du tube neural durant les troisième et quatrième semaines de grossesse. Elles peuvent donner lieu à un avortement spontané ou à une mortinaissance, et les enfants présentant de telles anomalies vivront avec un handicap de gravité variable ou mourront au cours de la petite enfance. Parmi les ATN figurent le spina-bifida, l'anencéphalie et l'encéphalocèle » (Santé Canada, 1999, p. 31). Les études démontrent que la supplémentation en acide folique (une forme de folate retrouvée dans les suppléments) prise durant la période périconceptionnelle, en conjonction avec le folate présent normalement dans une alimentation saine, peut diminuer le risque d'ATN (Santé Canada, 1999, p. 31).

« Il est important que les femmes enceintes et qui allaitent incluent dans leur alimentation quotidienne des quantités suffisantes d'acides gras essentiels (AGE), d'acide linoléique et d'acide alpha-lioléique afin d'assurer le bon développement nerveux et visuel du fœtus » [Traduction] (Santé Canada, 1999, p. 37). Le fœtus et l'enfant dépendent de la mère pour obtenir suffisamment d'AGE pour bien se développer, surtout au cours des périodes de croissance rapide, comme le dernier trimestre de la grossesse et les premiers mois de vie postnatale (Santé Canada, 1999, p. 37).

La prématurité

Un accouchement est prématuré lorsque l'enfant naît avant une période de gestation de 36 semaines. Vu les progrès importants réalisés dans le domaine des soins périnatals, les bébés nés prématurément survivent plus que jamais auparavant (Saigal et coll., 1989; Roth et coll., 1996; Lorenz et coll., 1998). Les nouveau-nés pesant moins d'un kilogramme sont maintenant « promus » et quittent l'unité des soins prénatals intensifs (Lorenz et coll., 1998). La plupart d'entre eux s'en tirent très bien avec un minimum de handicaps (Saigal et coll., 1990; Lorenz et coll., 1998). Certains ont des besoins très spéciaux, toutefois, relativement à des problèmes d'apprentissage, un handicap physique, une déficience sensorielle ou une déficience de l'attention (Saigal et coll., 1991a, 1991b; Szatmari et coll., 1990). C'est pourquoi plusieurs « diplômés » des unités de soins prénatals intensifs nécessitent un suivi et des soins de longue durée.

Le sexe

Il est bien connu que les garçons risquent peut-être plus que les filles de manifester plusieurs troubles du développement, tel l'autisme (Bryson, Clark et Smith, 1988), et certains types de troubles de comportement, par exemple une déficience de l'attention et un trouble des conduites (Offord, 1987). On ne comprend pas trop bien le mécanisme de cette prédisposition pour ces troubles fondée sur le sexe, car on a fait peu de recherches sur les liens entre le sexe, d'autres facteurs de risque biologiques connexes et l'environnement. Certaines études ont indiqué que les garçons risquent plus que les filles

d'avoir un dysfonctionnement du cerveau (Waugh et coll., 1996), mais il faudra effectuer plus de recherches pour comprendre à fond l'interaction entre le sexe biologique et les rôles sociaux liés au sexe.

D'un autre côté, les filles risquent beaucoup plus d'être atteintes de dépression et de présenter des troubles de l'alimentation à l'adolescence, après l'âge de 13–15 ans (Cicchetti et Toth, 1998). Il s'agit sans doute d'un mécanisme multifactoriel qui comporte des facteurs hormonaux durant la puberté ainsi que des expériences de socialisation et des rôles liés au sexe propres aux adolescentes. Il est nécessaire d'approfondir les recherches pour comprendre l'action réciproque complexe entre la biologie, le sexe et le développement sain de l'enfant.

Les filles risquent beaucoup plus d'être atteintes de dépression et de présenter des troubles de l'alimentation à l'adolescence, surtout après l'âge de 13–15 ans.

Les maladies aiguës et chroniques

Les maladies peuvent engendrer chez les enfants à risque d'autres problèmes de santé sur les plans affectif et comportemental (Cadman et coll., 1987; Stein, Westbrook et Silver, 1998). On associe même les maladies comme la fibrose kystique, le diabète et les cancers d'enfant qui ne touchent pas le cerveau à un risque accru de problèmes affectifs et comportementaux (Thompson et coll., 1998; Kovacs et coll., 1997; Dunitz et coll., 1991). Ces problèmes sont souvent une conséquence secondaire des limites fonctionnelles et de l'isolement social associés à la maladie (Cadman et coll., 1986). La maladie peut aussi influer sur la capacité de l'enfant à fréquenter l'école et par conséquent avoir un effet sur ses résultats scolaires à long terme (Gortmaker et coll., 1990).

Les états aigus et chroniques du cerveau et du système nerveux

L'infirmité motrice cérébrale, les traumatismes crâniens, les anomalies du tube neural et la méningite sont des exemples de troubles pouvant influer sur le cerveau en développement. Ces troubles comportent un risque élevé de problèmes secondaires relatifs à l'adaptation et à la vie quotidienne (Rutter, Graham et Yule, 1970; Breslau, 1990). Certains de ces états affectent aussi la capacité de la personne à s'exprimer, à penser, à percevoir et à apprendre, ce qui, en retour, peut influer sur les occasions de réussir à l'école et de trouver un emploi à long terme. Les troubles du système nerveux central peuvent aussi marginaliser l'enfant et entraîner à une stigmatisation sociale qui compromet davantage sa santé.

Les troubles du développement

Ces troubles ont un fondement biologique et de fortes causes génétiques. La déficience mentale et les troubles du développement profonds (TDP), comme l'autisme et des difficultés d'apprentissage spécifiques, relèvent de cette catégorie. En général, ces troubles se caractérisent par une acquisition tardive de certaines compétences et une évolution inégale du développement.

La déficience mentale s'entend d'un retard général à acquérir des connaissances dans diverses habiletés et d'un niveau d'adaptation plus faible que prévu. Les troubles du développement profonds se caractérisent par des difficultés dans les domaines de l'interaction sociale, de la communication et du jeu, et sont associés à de très grandes souffrances.

La déficience mentale et les TDP sont tous les deux plus courants chez les garçons (Bryson, Clark et Smith, 1988), mais la difficulté à lire se retrouve autant chez les garçons que chez les filles (Shaywitz et coll., 1992). Il n'y a actuellement aucun remède pour traiter ces troubles du développement, bien qu'il y ait des traitements disponibles qui améliorent le fonctionnement (Rogers, 1998; Lovett, Ransby et Barron, 1988).

Le trouble déficitaire de l'attention (TDA) et le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THDA)

Ces troubles se manifestent d'abord chez les tout-petits et se caractérisent par de l'hyperactivité, de l'impulsivité et de la difficulté à traiter l'information. Ces deux maladies persistent souvent à l'adolescence et même à l'âge adulte (Hechtman, 1991). Bien que les causes du THDA et du TDA ne soient pas connues, il est évident que des facteurs génétiques, la prématurité et l'immaturité développementale sont des facteurs de risque importants (Thapar, 1998; Zametkin et Liotta, 1998; Szatmari, Offord et Boyle, 1989a).

Si les parents et l'école ne peuvent pas s'adapter aux problèmes d'impulsivité et de court champ d'attention de l'enfant, il pourra survenir d'autres états influant sur la santé et le développement, dont l'agressivité, le départ prématuré de l'école et peut-être, plus tard, l'abus d'alcool et d'autres drogues (Mannuzza et coll., 1993). Ces résultats peuvent miner encore plus la santé et empêcher l'enfant de se trouver un environnement favorisant la santé où il peut s'épanouir. Les médicaments et l'intervention psychosociale sont des soins efficaces pour traiter le THDA et le TDA (Goldman et coll., 1998; Pelham, Wheeler et Chronis, 1998).

Autres troubles mentaux

Les causes de l'anxiété, des troubles de l'humeur et des troubles de comportement chez les enfants sont nettement multifactorielles. Même si les facteurs de risque psychosociaux (p. ex., l'abus, la maladie mentale parentale, la très grande pauvreté) peuvent être importants pour comprendre les troubles de comportement perturbateur, plusieurs facteurs de risque biologiques et génétiques entrent en jeu (Rutter, 1997; Offord et Fleming, 1996), notamment pour l'anxiété et les troubles de l'humeur durant l'enfance et à l'adolescence. Tous les troubles mentaux durant l'enfance comportent un élément génétique marqué, bien qu'il soit nécessaire de pousser les recherches pour déterminer exactement comment ces facteurs génétiques fonctionnent (Rutter et coll., 1990; Plomin et Rutter, 1998). De plus, les troubles du développement précités (le retard mental, le TDP et les difficultés d'apprentissage spécifiques) sont aussi des facteurs de risque importants pour ces conditions (Beitchman et Young, 1997).

Les troubles affectifs et les troubles de comportement sont associés à de faibles résultats à long terme (Offord et coll., 1987) et à un coût économique élevé en fait de soins et de perte de productivité à l'école et sur le marché du travail. Plusieurs troubles mentaux chez les adultes, comme l'abus de drogues, l'alcoolisme, la dépression et la schizophrénie, sont aussi causés, en grande partie, par des facteurs génétiques; l'apparition de ces états se fait souvent durant l'enfance ou à l'adolescence (Rutter, 1995; Fombonne, 1998).

Conditions et tendances

La présente section résume ce que l'on connaît dans le contexte canadien de la prévalence des conditions ou des troubles causés, au moins en partie, par les facteurs de risque biologiques et génétiques. On présente aussi les tendances prévisibles qui auront des répercussions sur la santé des enfants atteints d'un handicap dans l'avenir.

La prévalence des troubles biologiques et génétiques est importante.

La prévalence des troubles médicaux graves dans l'enfance est relativement stable. En 1992, par exemple, le taux de leucémie chez les enfants de 19 ans et moins était de 4,56 par 100 000 habitants. Malgré de légères fluctuations, ce taux est demeuré relativement stable depuis 1985, alors qu'il était de 4,41 par 100 000 habitants (Huchcroft et coll., 1996, p. 92). Il est fort probable qu'à l'avenir les enfants atteints de troubles médicaux aigus et chroniques pourront bénéficier de traitements médicaux plus efficaces. C'est pourquoi les enfants atteints d'une maladie comme la fibrose kystique ou le cancer vivront plus longtemps et nécessiteront plus de soins intensifs, même à l'âge adulte.

Étant donné les progrès importants sur le plan des soins prénatals, les enfants nés prématurément survivent davantage aujourd'hui au Canada qu'il y a 20 ans (Saigal et coll., 1989). Ces dernières années, la prévalence de la prématurité a très peu varié : en 1991, 3,7 % des naissances au Canada étaient des naissances prématurées (Statistique Canada, 1993, p. 18 et 19); en 1995, le pourcentage avait très peu changé (4,0 %) (Statistique Canada, 1997, p. 21). Vu les chances accrues de survie, le nombre de bébés atteint d'un handicap dû à la prématurité augmentera, tout comme la proportion de cas graves.

On estime que, dans les pays industrialisés, entre un et trois enfants sur mille seront atteints du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF); à la naissance, toutefois, le taux d'enfants touchés par l'effet de l'alcool sur le fœtus (EAF) (c.-à-d. les enfants exposés à l'alcool avant leur naissance, mais présentant seulement quelques caractéristiques du SAF) pourra être beaucoup plus élevé (Santé Canada, 1996, p. 4). Au Canada, le taux d'incidence du SAF de la population autochtone pourrait être dix fois plus élevé que celui de la population non autochtone (Groupe de travail national sur la politique du CCLAT, 1994).

Chaque année au Canada, quelque 400 bébés (soit une naissance sur mille) naissent avec des anomalies du tube neural (ATN) (McCourt, 1995). Comme il y a avortement spontané pour plusieurs cas d'ATN ou que l'on procède à un avortement thérapeutique pour les cas décelés avant la naissance, on estime qu'il y a peut-être au moins 800 conceptions d'enfants atteints d'une ATN chaque année (McCourt, 1995). Entre 90 % et 95 % des cas d'ATN se présentent dans des familles sans antécédents familiaux de cet état (Cohen, 1987).

En groupe, les troubles du développement sont courants. Par exemple, on estime la prévalence de l'autisme au Canada à 0,1 % (Bryson, Clark et Smith, 1988), le retard mental à environ 3 % et les difficultés d'apprentissage spécifiques à environ 10 % (Beitcham et Young, 1997). Même s'il n'est pas prouvé que la prévalence réelle est à la hausse, le nombre d'enfants chez qui l'on diagnostique ces troubles est à la hausse, ce qui augmente la demande de services.

On estime que le taux de prévalence du trouble déficitaire de l'attention (TDA) varie entre 5 % et 10 % et que ce trouble est plus courant chez les garçons que chez les filles (Szatmari, Offord et Boyle, 1989b). La fréquence d'apparition ne semble pas être touchée par des facteurs comme le lieu de résidence (urbain plutôt que rural) ou la classe socioéconomique.

Les troubles psychiatrique durant l'enfance sont aussi courants, avec un taux de prévalence combiné variant entre 10 % et 20 % chez les enfants d'âge scolaire (Offord et coll., 1987). Certaines données montrent que la prévalence de l'abus d'alcool et d'autres drogues, de la dépression, du suicide et du comportement antisocial est à la hausse (Fombonne, 1998). Les troubles comme la dépression et l'anxiété sont plus courants à l'adolescence que durant l'enfance, mais il faudra effectuer plus de recherches pour tenir compte de l'apparition et de la disparition des symptômes affectifs et comportementaux avec le temps.

Les progrès dans la recherche biomédicale soulève de sérieuses questions.

Étant donné les récents progrès en génétique moléculaire et l'achèvement anticipé du projet du génome humain d'ici l'an 2002, les gènes de plusieurs troubles héréditaires, développementaux et mentaux durant l'enfance seront éventuellement déterminés. Ces percées médicales soulèveront des questions controversées au sujet de la planification des naissances, de l'assurance invalidité, de la confidentialité et de la stigmatisation génétique. Il faudra créer des politiques pour traiter de ces questions d'éthique importantes, à partir d'une recherche empirique solide (Dickson, 1998). De plus, compte tenu de la révolution en cours en biologie moléculaire, on anticipe que l'identification des variantes génétiques responsables des nombreux états qui influent sur la santé de l'enfant mèneront à d'importants progrès dans le domaine de la désintoxication et peut-être même dans celui de la thérapie génique.

Facteurs génétiques et biologiques et autres déterminants

L'emploi

Comme il y a de plus en plus d'enfants atteints de troubles génétiques, de troubles du développement ou de troubles mentaux graves deviennent des adultes, il sera nécessaire de créer plus d'emplois convenant aux personnes ayant des handicaps, des emplois qui leur assurent la dignité et la rémunération appropriée et qui tiennent compte de leurs capacités de sorte qu'ils puissent être des membres productifs de la société.

L'éducation

Un diagnostic et une intervention précoces s'avèrent essentiels pour assurer aux enfants à risque des résultats à long terme positifs. Il est prouvé qu'une intervention précoce comportant un élément éducatif important renferme des avantages à court et à long terme pour les enfants défavorisés (Zoritch, Roberts et Oakley, 1998). L'intervention précoce auprès des enfants atteints de troubles du développement se révèle aussi très efficace (Rogers, 1998).

Le système d'éducation dispose de programmes de rattrapage pour les enfants présentant diverses formes de difficultés d'apprentissage (Lovett, Ransby et Barron, 1988) qui peuvent améliorer les résultats à long terme. Les enfants atteint d'un handicap causé par diverses conditions peuvent maintenant faire toutes leurs études dans un encadrement intégré et régulier. Leurs résultats scolaires et leur santé à long terme s'en trouveront améliorés.

L'environnement social

Les facteurs de risque génétiques et biologiques peuvent restreindre aussi les types d'environnements que certains enfants peuvent fréquenter. Il se peut, par exemple, que certaines écoles et certains établissements de loisirs ne puissent accueillir des enfants atteint d'un handicap. Le fait de vivre dans un environnement inapproprié, pour un enfant ayant un facteur de risque génétique ou biologique, peut compromettre davantage sa santé.

Un problème de santé chronique peut aussi entraîner des troubles affectifs. La maladie chronique à elle seule n'est pas associée aux problèmes affectifs, comportementaux ou d'apprentissage; elle peut, toutefois, causer des difficultés dans la vie quotidienne qui nuiront à la capacité de l'enfant de participer pleinement aux activités de la communauté (Cadman et coll., 1986). De plus, les gestes et les réactions des gens qui se trouvent dans l'environnement social de l'enfant peuvent atténuer l'effet des limites de l'enfant et améliorer la mesure dans laquelle l'enfant peut s'adapter à l'environnement.

Les enfants atteint d'un handicap génétique ou biologique peuvent aussi être privés de l'occasion d'utiliser leur résilience innée et leurs habiletés d'adaptation personnelles. Par exemple, on a tendance à déplacer les enfants qui manifestent un comportement agressif d'un cadre moins restrictif (l'intégration à d'autres enfants, par exemple) à un cadre plus restrictif (des classes distinctes, l'enseignement à domicile, par exemple). Ces derniers milieux, toutefois, peuvent être moins appropriés pour s'occuper d'un comportement difficile, parce qu'ils pourront mener à un étiquetage, provoquer une influence négative des pairs et limiter les occasions d'utiliser des stratégies positives d'adaptation. Certaines maladies du système nerveux central (le syndrome de Lesch-Nyhan) et certains troubles du développement (l'autisme) peuvent engendrer des comportements particuliers qui sont eux-mêmes mésadaptés, comme l'automutilation, les rituels et les obsessions.

L'environnement naturel et l'environnement créé

Plus d'enfants atteints d'un handicap physique ou de troubles du développement graves demeureront dans la communauté par suite de la fermeture d'établissements et du désir des parents de garder leurs enfants ayant un handicap à la maison. Cette situation influera sur la demande de logements appropriés dans la communauté et sur le besoin de ressources communautaires pour répondre aux besoins de cette population de clients à différentes étapes de la vie.

Les pratiques de santé personnelles

Il est de plus en plus évident que le fait de se préparer à une grossesse accroît les chances de donner naissance à un bébé en santé. Voici un exemple frappant : un supplément contenant de l'acide folique pris avant la conception peut réduire le risque d'une anomalie du tube neural chez le bébé.

Les services de santé et les services sociaux

Le degré et la gravité d'un handicap sont déterminés en partie par l'accès aux services prévus pour l'état, l'efficacité de ces services et les arrangements que font les parents de l'enfant, l'école et la communauté. Par exemple, les enfants atteints d'un trouble déficitaire de l'attention ne peuvent peut-être pas guérir, mais on peut les soigner efficacement avec des médicaments pour qu'ils ne manifestent plus de symptômes. De même, pour l'enfant atteint d'une infirmité motrice cérébrale, avoir accès à la physiothérapie est crucial, car ce genre de traitement peut avoir une influence positive sur le degré et la gravité de son état.

Le degré et la gravité d'un handicap sont déterminés en partie par l'accès aux services prévus pour l'état, l'efficacité de ces services et les arrangements que font les parents de l'enfant, l'école et la communauté.

Comme il y a plus d'enfants atteints d'un handicap qui sont soignés à la maison, il revient aux parents de se débrouiller dans le système, de se faire les défenseurs de leurs enfants et de prendre les mesures nécessaires pour obtenir les services spéciaux. Ces enfants deviendront un jour des adultes; il en résultera des demandes de placement pour les parents vieillissants et des demandes de services pour des adultes atteints de troubles du développement.

Références

Abel, E.L. et R.J. Sokol. « Incidence of fetal alcohol syndrome and economic impact of FAS-related anomalies », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 19, janvier 1987, p. 51–70.

Anisman, H., et coll. « Do early-life events permanently alter behavioural and hormonal responses to stressors? », *International Journal of Developmental Neuroscience*, vol. 16, 1998, p. 149–164.

Beitchman, J.H. et A.R. Young. « Learning disorders with a special emphasis on reading disorders: a review of the past 10 years », *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 36, 1997, p. 1020–1036.

Breslau, N. « Does brain dysfunction increase children's vulnerability to environmental stress? » *Archives of General Psychiatry*, vol. 47, 1990, p. 15–20.

Bryson, S.E., B.S. Clark et I. Smith. « First report of a Canadian epidemiological study of autistic syndromes », *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 29, 1988, p. 433–446.

Cadman, D.T., et coll. « Chronic Illnesses, Medical Conditions and Limitations in Ontario Children: Findings of the Ontario Child Health Study », *Journal de l'Association médical canadienne*, vol. 135, 1986, p. 761–767.

Cadman, D.T., et coll. « Chronic Illness, Disability and Mental and Social Well-Being: Findings of the Ontario Child Health Study », *Pediatrics*, vol. 79, 1987, p. 805–813.

Cicchetti, D. et S.L. Toth. « The development of depression in children and adolescents », *American Psychology*, vol. 53, 1998, p. 221–241.

Cohen, F.L. « Neural tube defects: epidemiology, detection and prevention », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 16, 1987, p. 105–115.

Costa, T., C.R. Scriver et B. Childs. « The effect of Mendelian disease on human health: a measurement », *American Journal of Medical Genetics*, vol. 21, 1985, p. 231–242.

Dickson, D. « Panel urges caution on genetic testing for mental disorders », *Nature*, vol. 395, 1998, p. 309.

Dunitz, M., et coll. « Depression in children with cancer », *Padiatrie and Padologie*, vol. 26, n° 6, 1991, p. 267–270.

Dykens, E.M. « DNA meets DSM: the importance of genetic syndromes in dual diagnosis », *Mental Retardation*, vol. 34, 1996, p. 125–127.

Fombonne, E. « Increased rates of psychosocial disorders in youth », *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, vol. 248, n° 1, 1998, p. 14–21.

Goldman, L.S., et coll. « Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents », *Journal of American Medical Association*, vol. 279 (n° 14), 1998, p. 1100–1107.

Gortmaker, S.L., et coll. « Chronic conditions, socioeconomic risks and behavioural problems in children and adolescents », *Pediatrics*, vol. 85, 1990, p. 267–276.

Groupe de travail national sur la politique du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. *Le syndrome d'alcoolisme foetal : un problème de santé infantile et familiale*, 1994.

Hayashi, A., et coll. « Maternal stress induces synaptic loss and developmental disabilities of offspring », *International Journal of Developmental Neuroscience*, vol. 16, 1998, p. 209–216.

Hechtman L. « Resilience and vulnerability in long term outcome of attention deficit hyperactive disorder », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 36, 1991, p. 415–421.

Huchcroft, S., et coll. *Mon combat pour la vie : le cancer chez les enfants et les adolescents au Canada*, nº de catalogue : H21-130/1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996.

Kovacs, M., et coll. « Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors », *Diabetes Care*, vol. 20, 1997, p. 36–44.

Lorenz, J.M., et coll. « A quantitative review of mortality and developmental disability in extremely premature newborns », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 152, 1998, p. 425–435.

Lovett, M.W., M.J. Ransby et R.W. Barron. « Treatment, subtype, and word type effects in dyslexic children's response to remediation », *Brain Language*, vol. 34, 1988, p. 328–349.

Mannuzza, S., et coll. « Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status », *Archives of General Psychiatry*, vol. 50, 1993, p. 565–576.

Mattson, S.N. et E.P. Riley. « A review of the neurobehavioral deficits in children with fetal alcohol syndrome or prenatal exposure to alcohol », *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 22, 1998, p. 279–294.

McCourt, C. « Folic acid and neural tube defects: policy development in the Department of Health Canada », dans *Folic Acid in the Prevention of Neural Tube Defects*, G. Koren (dir.), Toronto, The Motherisk Progam, 1995, p. 95–101.

Morgan, B.L. « Nutritional requirements for normative development of the brain and behaviour », *Annals of New York Academic Science*, vol. 602, 1990, p. 127–132.

Nyhan, W.L. « The recognition of Lesch-Nyhan syndrome as an inborn error of purine metabolism », *Journal of Inherited Metabolic Disease*, vol. 20, 1997, p. 171–178.

Offord, D.R. « Prevention of behavioral and emotional disorders in children », *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 28, 1987, p. 9–19.

Offord, D.R., et coll. « Ontario Child Health Study: Six-Month Prevalence of Disorder and Rates of Service Utilization », *Archives of General Psychiatry*, vol. 44, 1987, p. 832–836.

Offord, D.R. et J.E. Fleming. « Chapter 119: Epidemiology », dans *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 2e édition, M. Lewis (dir.), Philadelphia, Williams & Wilkins, 1996, p. 1166–1178.

Pelham Jr., W.E., T. Wheeler et A. Chronis. « Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder », *Journal of Clinical Child Psychology*, vol. 27, 1998, p. 190–205.

Plomin, R. et M. Rutter. « Child development, molecular genetics, and what to do with genes once they are found », *Child Development*, vol. 69, 1998, p. 1223–1242.

Richards, M., et coll. « Infant nutrition and cognitive development in the first offspring of a national UK birth cohort », *Developmental Medicine and Child Neurology*, vol. 40, nº 3, 1998, p. 163–167.

Rogers, S.J. « Empirically supported comprehensive treatments for young children with autism », *Journal of Clinical Child Psychology*, vol. 27, 1998, p. 168–179.

Roth, J., et coll. « Changes in survival patterns of very low-birthweight infants from 1980 to 1993 », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 149, 1996, p. 1311–1317.

Rutter, M. « Relationships between mental disorders in childhood and adulthood », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 91, 1995, p. 73–85.

Rutter, M. « Child psychiatric disorder: Measures, causal mechanisms, and interventions », *Archives of General Psychiatry*, vol. 54, 1997, p. 785–789.

Rutter, M., P. Graham et W. Yule. *A Neuropsychiatric Study in Childhood*, London, SIMP Heinemann, 1970.

Rutter, M., et coll. « Genetic factors in child psychiatric disorders-II: Empirical findings », *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 31, 1990, p. 39–83.

Saigal, S., et coll. « Decreased disability rate among 3-year-old survivors weighing 501 to 1000 grams at birth and born to residents of a geographically defined region from 1981 to 1984 compared with 1977 to 1980 », *Journal of Pediatrics*, vol. 114, 1989, p. 839–846.

Saigal, S., et coll. « Intellectual and functional status at school entry of children who weighed 1000 grams or less at birth: a regional perspective of births in the 1980s », *Journal of Pediatrics*, vol. 116, 1990, p. 409–416.

Saigal, S., et coll. « Cognitive abilities and school performance of extremely low birthweight children and matched term controls at age 8 years: a regional study », *Journal of Pediatrics*, vol. 118, 1991a, p. 751–760.

Saigal, S., et coll. « Learning disabilities and school problems in a regional cohort of extremely low birthweight children: a comparison with matched term controls », *Journal of Developmental Behavioural Pediatrics*, vol. 12, 1991b, p. 294–300.

Sampson, P.D., et coll. « Incidence of fetal alcohol syndrome and prevalence of alcohol-related neurodevelopmental disorder », *Tetrology*, vol. 56, 1997, p. 317–326.

Sandman, C.A., et coll. « Maternal stress, HPA activity, and fetal/infant outcome », *Annals of New York Academic Science*, vol. 814, 1997, p. 266–275.

Santé Canada. *Déclaration conjointe : prévention du Syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) les effets du SAF au Canada*, nº de catalogue : H39-348/1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996.

Santé Canada. *Nutrition pour une grossesse en santé : lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer*, nº de catalogue : H39-459/1999F, Ottawa, Santé Canada, 1999.

Schneider, M.L., et coll. « Prenatal stress alters brain biogenic amine levels in primates », *Developmental Psychopathology*, vol. 10, 1998, p. 427–440.

Shaywitz, S.E., et coll. « Evidence that dyslexia may represent the lower tail of a normal distribution of reading ability », *New England Journal of Medicine*, vol. 326 (nº 3), 1992, p. 145–150.

Singer, L., et coll. « Relationship of prenatal cocaine exposure and maternal postpartum psychological distress to child developmental outcome », *Developmental Psychopathology*, vol. 9, 1997, p. 473–489.

Singer, L.T., R. Garber et R. Kliegman. « Neurobehavioural sequelae of fetal cocaine exposure », *Journal of Pediatrics*, vol. 119, 1991, p. 667–672.

Slotkin, T.A. « Fetal nicotine or cocaine exposure: which one is worse? », *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, vol. 285, 1998, p. 931–945.

Statistique Canada. *Naissances, 1991*, nº de catalogue : 84-210, Ottawa, Statistique Canada, 1993.

Statistique Canada. *Naissances et décès, 1995*, nº de catalogue : 84-210-XPB, Ottawa, Statistique Canada, 1997.

Stein, R.E., L.E. Westbrook et E.J. Silver. « Comparison of adjustment of school-age children with and without chronic conditions: Results from community-based samples », *Journal of Developmental Behavioural Pediatrics*, vol. 9, 1998, p. 267–272.

Szatmari, P., D.R. Offord et M.H. Boyle. « Correlates, Associated Impairments and Patterns of Service Utilization of Children with Attention Deficit Disorder: Findings of the Ontario Child Health Study », *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 30, 1989a, p. 205–218.

Szatmari, P., D.R. Offord et M. H. Boyle. « Ontario Child Health Study: Prevalence of Attention Deficit Disorders with Hyperactivity », *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 30, 1989b, p. 219–230.

Szatmari, P., et coll. « Prevalence of psychiatric disorders at five years of age among children born under 1000 grams of birthweight: a regional perspective », *Developmental Medicine and Child Neurology*, vol. 32, 1990, p. 954–962.

Szatmari, P., et coll. « Multiple Risk and Child Psychiatric Disorder », *International Journal of Method Psychiatric Research*, vol. 4, 1994, p. 231–240.

Thapar, A. « Attention deficit hyperactivity disorder: unraveling the molecular genetics », *Molecular Psychiatry*, vol. 3, 1998, p. 370–372.

Thompson Jr., R.J., et coll. « Illness specific patterns of psychological adjustment and cognitive adaptational processes in children with cystic fibrosis and sickle cell disease », *Journal of Clinical Child Psychology*, vol. 54, 1998, p. 121–128.

Waugh, J., et coll. « Prevalence of aetiology of neurological impairment in extremely low birthweight infants », *Journal of Pediatric and Child Health*, vol. 32, 1996, p. 120–124.

Zametkin, A.J. et W. Liotta. « The neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder », *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 59 (Suppl. 7), 1998, p. 17–23.

Zoritch, B., I. Roberts et A. Oakley. « The health and welfare effects of day care: a systematic review of randomized control trials », *Social Science and Medicine*, vol. 47, 1998, p. 317–327.

Chapitre

9

Les services de santé et les services sociaux

Aperçu

Les services de santé et les services sociaux forment un ensemble très vaste et très diversifié d'influences sur le développement sain de l'enfant. Par services de santé, on entend les services et le soutien qu'assurent les médecins, les infirmières, les pharmaciens, les dentistes et autres professionnels de la santé qui se concentrent sur la santé physique et mentale des enfants et, à l'occasion, leurs principaux dispensateurs de soins. Les services sociaux, quant à eux, consistent en une grande variété de programmes, de services et de soutien qui répondent tant aux besoins fondamentaux des enfants (y compris leur besoin de protection) qu'aux aspects de leur développement social et psychologique (comme la sensibilisation, le jugement, les sentiments, le comportement et les relations).

L'importance de ces services s'explique en deux points. Tout au long de l'enfance, il y a des occasions de fournir des conditions et le soutien qui permettent de garder les enfants sur la voie d'un développement sain. Les services de santé et les services sociaux sont importants surtout parce qu'ils peuvent concourir à la promotion de ce développement positif. Ensuite, si les enfants ne profitent pas de ces occasions ou s'ils sont défavorisés d'une manière ou d'une autre, les services peuvent aider à minimiser le risque de conséquences négatives et, souvent, améliorer en partie ou complètement celles qui se produisent.

Il y a toutefois une différence appréciable entre la disponibilité des services de santé et celle des services sociaux. Les premiers sont offerts à tous les enfants, y compris ceux qui sont à risque et ceux qui ont des besoins spéciaux[1]. Autrement dit, ils sont plus ou moins universels, compte tenu d'un financement public élastique qui reflète grandement l'usage. Par exemple, un médecin de famille peut commander des examens ou diriger un enfant vers un spécialiste en vue de diagnostiquer l'état de santé de l'enfant, et les coûts de ces services seront couverts, pour la plupart, par le système de soins de santé.

Les services sociaux, par ailleurs, ne sont pas disponibles à tous les jeunes ni à leurs familles. Ils tendent à s'adresser aux personnes à risque et à celles qui ont des besoins spéciaux, et leur disponibilité est limitée par des niveaux de financement fixes. Alors, si, dans l'exemple précité, le médecin de famille se préoccupait de la santé mentale plutôt que physique d'un enfant, il pourrait le diriger vers un programme de santé mentale pour enfants à des fins d'évaluation; mais rien ne nous assure que l'enfant sera évalué. En supposant que le service même existe, l'accès reposerait en grande partie sur des facteurs tels que la gravité du besoin et les demandes concurrentielles pour le service d'évaluation.

Malgré ces différences sur les plans du financement et de la disponibilité, les deux secteurs de services ont connu une restructuration dans la plupart des provinces depuis dix ans qui a entraîné une diminution des dépenses publiques pour plusieurs programmes — malgré une demande accrue pour certains services.

1. Disponibilité et accessibilité ne sont pas synonymes. Les services peuvent être disponibles mais non accessibles si les gens ne les connaissent pas, s'ils ne peuvent s'y rendre ou bien s'ils ont des croyances, une langue, une culture incompatibles avec ceux-ci.

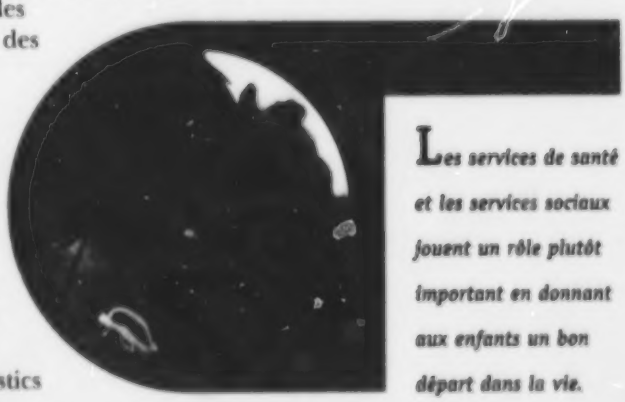
Rapport avec le développement sain des enfants

Les services de santé et les services sociaux contribuent de diverses façons au développement sain de l'enfant. Ils assurent services et soutien à toutes les étapes de l'enfance, depuis la préconception jusqu'au début de la vie adulte. Ils en offrent également en réponse aux circonstances changeantes de la vie et de l'état de santé, soit du bien-être jusqu'à la maladie ou à d'autres mauvais états de santé. Par ailleurs, ils en procurent aussi à différents moments d'intervention, depuis la promotion et la prévention jusqu'au traitement et à la réadaptation.

Les services de santé et les services sociaux participent de diverses manières au développement sain de l'enfant à différentes étapes de la vie.

Les services de santé et les services sociaux jouent un rôle plutôt important en donnant aux enfants un bon départ dans la vie. Leur contribution peut commencer même avant la conception par l'entremise de divers services offerts aux femmes non enceintes, entre autres pour diagnostiquer et soigner des problèmes de santé généraux — des problèmes de santé organique, l'état nutritionnel, les maladies transmises sexuellement, l'état immunitaire, les problèmes gynécologiques, anatomiques et fonctionnels, l'exposition professionnelle et le risque génétique — qui pourraient nuire à une grossesse future, au développement fœtal et à la santé de la mère.

Ils comprennent, en outre, des services pour diagnostiquer et traiter les troubles de santé mentale et les comportements problèmes comme l'usage du tabac et l'abus d'alcool et d'autres drogues. Enfin, il y a des services qui encouragent l'art d'être des parents efficaces et responsables, comme les programmes complets de planification des naissances, qui offrent de l'éducation et des conseils, des examens physiques et des examens de laboratoire, ainsi que de l'information et de l'enseignement sur les méthodes de planification des naissances (Carnegie Corporation, 1994, p. 80).



Les services de santé et les services sociaux jouent un rôle plutôt important en donnant aux enfants un bon départ dans la vie.

Les services de santé et les services sociaux apportent également un soutien précieux aux femmes enceintes et, à un moindre degré, aux futurs pères. Les services médicaux établissent les diagnostics de grossesse à son début. Les services de counselling encouragent la poursuite de la grossesse en dirigeant les parents vers des soins prénatals, des cours de préparation à l'accouchement et des services d'adoption. De bons soins prénatals assurent toute une gamme d'avantages, dont la demande d'examens de laboratoire appropriés, le diagnostic et le traitement de problèmes généraux ou de santé mentale ou des deux, l'évaluation de l'état nutritionnel, le dépistage de maladies infectieuses et la détermination et la gestion de grossesses à haut risque.

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Les conseils prénatals et les services d'ordre préventif favorisent des choix et des comportements sains durant la grossesse, le dépistage précoce d'anomalies possibles, la préparation à l'accouchement, l'information sur les besoins nutritionnels de l'enfant et sur l'alimentation (y compris l'allaitement) ainsi que la sensibilisation aux changements émotionnels et sociaux que l'accouchement d'un enfant engendre.

Une fois l'enfant né, les services de santé et les services sociaux peuvent aider à son développement au début en fournissant une évaluation et du soutien immédiatement après l'accouchement, un lien avec des soins pédiatriques continus et complets après la sortie de l'hôpital, le diagnostic et le traitement des problèmes de santé de la mère, dont la dépression du postpartum, l'évaluation du bilan nutritionnel et la supplémentation, des programmes de stimulation précoce, des programmes de visites à domicile qui appuient les parents dans leur rôle pour qu'ils soient efficaces et qui favorisent l'attachement parents-enfant, et des soins de qualité à l'enfant.

Durant la période précédant l'âge scolaire, la contribution des services de santé et des services sociaux prend souvent un caractère plus particulier selon la situation. Si l'enfant se développe normalement, les parents ne demanderont qu'occasionnellement aux services de santé de diagnostiquer et de soigner les maladies ordinaires de l'enfant. De même, ils pourront faire appel à certains services sociaux plus spécialisés, comme les centres de ressources pour les familles ou d'autres programmes de soutien des parents.

Toutefois, pour les enfants qui vivent dans un contexte qui les placent à risque ou qui ont des caractéristiques uniques qui se traduisent en besoins spéciaux, une gamme de services de prévention et de services ou de programmes spéciaux peut entrer en jeu. Il y a, par exemple, divers services pour les enfants et les familles comme les services de santé mentale et de protection de l'enfant, les services pour les personnes atteintes d'un handicap de développement et les services de réadaptation (p. ex., la thérapie physique, l'orthophonie) et les programmes de préparation à l'école.

La même formule s'applique également aux enfants d'âge scolaire et aux adolescents. Ceux qui se développent normalement ont tendance à utiliser les services de santé et les services sociaux au besoin. Ceux qui sont à risque

Les services pour les enfants ayant des besoins spéciaux

En 1991, 7,2 % des enfants et des jeunes de moins de 19 ans demeurant à la maison avaient au moins un handicap (physique, psychologique ou mental). Le taux chez les garçons était supérieur (7,9 %) à celui chez les filles (6,3 %). La plupart (85 %) de ces enfants avaient un handicap léger; 11 % avaient un handicap moyen et 4 %, un handicap grave. Les taux des handicaps moyens et graves étaient plus élevés chez les jeunes de 15 à 19 ans (19 % et 5 % respectivement) (ICSI, 1994, p. 151–152). Voir la figure 9.1.

Près de 50 % de tous les enfants et jeunes handicapés avaient à leur disposition des services de transport spécialisés dans leur communauté; toutefois, plus de 13 000 enfants et jeunes handicapés avaient besoin de services de transport, mais n'en avaient pas dans leur communauté. Peu d'enfants atteints d'un handicap (1,5 %) avaient besoin d'installations spéciales (comme des rampes d'accès, des portes élargies, des portes automatiques, des ascenseurs), mais n'en avaient pas (ICSI, 1994, p. 162–163).

Les conseils prénatals et les services d'ordre préventif favorisent des choix et des comportements sains durant la grossesse, le dépistage précoce d'anomalies possibles, la préparation à l'accouchement, l'information sur les besoins nutritionnels de l'enfant et sur l'alimentation (y compris l'allaitement) ainsi que la sensibilisation aux changements émotionnels et sociaux que l'accouchement d'un enfant engendre.

Une fois l'enfant né, les services de santé et les services sociaux peuvent aider à son développement au début en fournissant une évaluation et du soutien immédiatement après l'accouchement, un lien avec des soins pédiatriques continus et complets après la sortie de l'hôpital, le diagnostic et le traitement des problèmes de santé de la mère, dont la dépression du postpartum, l'évaluation du bilan nutritionnel et la supplémentation, des programmes de stimulation précoce, des programmes de visites à domicile qui appuient les parents dans leur rôle pour qu'ils soient efficaces et qui favorisent l'attachement parents-enfant, et des soins de qualité à l'enfant.

Durant la période précédant l'âge scolaire, la contribution des services de santé et des services sociaux prend souvent un caractère plus particulier selon la situation. Si l'enfant se développe normalement, les parents ne demanderont qu'occasionnellement aux services de santé de diagnostiquer et de soigner les maladies ordinaires de l'enfant. De même, ils pourront faire appel à certains services sociaux plus spécialisés, comme les centres de ressources pour les familles ou d'autres programmes de soutien des parents.

Toutefois, pour les enfants qui vivent dans un contexte qui les placent à risque ou qui ont des caractéristiques uniques qui se traduisent en besoins spéciaux, une gamme de services de prévention et de services ou de programmes spéciaux peut entrer en jeu. Il y a, par exemple, divers services pour les enfants et les familles comme les services de santé mentale et de protection de l'enfant, les services pour les personnes atteintes d'un handicap de développement et les services de réadaptation (p. ex., la thérapie physique, l'orthophonie) et les programmes de préparation à l'école.

La même formule s'applique également aux enfants d'âge scolaire et aux adolescents. Ceux qui se développent normalement ont tendance à utiliser les services de santé et les services sociaux au besoin. Ceux qui sont à risque

Les services pour les enfants ayant des besoins spéciaux

En 1991, 7,2 % des enfants et des jeunes de moins de 19 ans demeurant à la maison avaient un moins un handicap (physique, psychologique ou mental). Le taux chez les garçons était supérieur (7,9 %) à celui chez les filles (6,5 %). La plupart (58 %) de ces enfants avaient un handicap léger; 11 % avaient un handicap moyen et 4 % un handicap grave. Les taux des handicaps moyens et graves étaient plus élevés chez les jeunes de 15 à 19 ans (19 % et 8 % respectivement) (ISTE, 1994, p. 151–152). Voir la figure 9.1.

Près de 10 % de tous les enfants et jeunes handicapés avaient à leur disposition des services de transport spécialisés dans leur communauté; toutefois, plus de 65 000 enfants et jeunes handicapés avaient besoin de services de transport, mais n'en avaient pas dans leur communauté. Des d'enfants avaient d'un handicap (1,8 %) avaient besoin d'équipements spéciaux (comme des rampes d'accès, des portes élargies, des portes automatiques, des ascenseurs), mais n'en avaient pas (ISTE, 1994, p. 167–168).

ou qui ont des besoins spéciaux puisent dans divers services spécialisés. Les services de santé et les services sociaux peuvent être d'un grand soutien pour les jeunes qui approchent de l'adolescence en les renseignant bien sur la santé personnelle et sur les programmes qui encouragent une dynamique de vie positive.

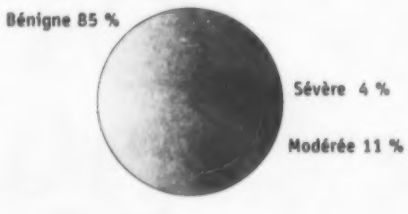
Pour ce faire, il existe des programmes de création de réseaux de soutien social, surtout ceux qui traitent des facteurs prédisposant les jeunes gens à adopter des comportements risqués, des programmes d'encadrement par les adultes qui favorisent un lien stable et encourageant entre une jeune personne et un adulte aimant, des programmes d'enseignement par les pairs et des programmes bien élaborés d'entraide animés par des pairs, ainsi que des programmes de préparation à la vie qui mettent l'accent sur les relations interpersonnelles, la prise de décision et l'adaptation (Carnegie Corporation, 1996, p. 19).

Les services de santé et les services sociaux contribuent au développement sain de l'enfant en réaction aux circonstances changeantes de la vie et de l'état de santé.

La plupart des enfants prennent un bon départ dans la vie; ils grandissent ensuite et se développent de façon raisonnablement normale. Plusieurs services de santé et services sociaux (décrits dans la section suivante) favorisent et appuient ce bien-être et ce développement positif.

Or, l'état de santé peut changer à tout moment, tout comme les conditions ou les circonstances qui y contribuent. C'est pourquoi plusieurs services de santé et services sociaux répondent aux circonstances changeantes de l'état de santé et de la vie. La plupart de ces services visent à réduire l'incidence de ce qu'on espère être des contretemps temporaires dans l'état de santé et les conditions de bien-être. Il s'agit de services directs s'adressant aux jeunes gens et à leurs dispensateurs de soins, par l'entremise de programmes, de services et d'autres moyens de soutien, qui visent à renforcer les conditions dans lesquelles se trouvent ces jeunes gens et leurs dispensateurs de soins.

9.1 Répartition des enfants ayant une incapacité, de 0 à 19 ans, selon le degré de l'incapacité, Canada, 1991



Source : Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition. Ottawa, CICH, 1994, p. 152.

Par exemple, il existe divers soins de santé primaires, secondaires et tertiaires où l'on diagnostique et soigne la gamme complète des maladies d'enfance et autres états de santé. De même, il y a toutes sortes de services sociaux qui tentent de compenser les situations de vie difficiles (p. ex., une maladie ou une blessure chez les parents, le chômage et les changements dans la structure familiale); mentionnons les services de relève, les banques d'alimentation, les services de médiation, les services de counselling, les services d'aide sociale à l'enfance, les programmes de sécurité du revenu familial, les programmes de formation à l'emploi et les subventions au logement.

Les gens affectés de problèmes de santé de longue durée ou chroniques ou de problèmes de développement, comme une affection incapacitante, bénéficient aussi de bon nombre de services de santé et de services sociaux

spéciaux, notamment des services de réadaptation (p. ex., des services de physiothérapie et d'orthophonie), des services de longue durée et des services de soutien (p. ex., des services de préposés aux soins).

Les services de santé et les services sociaux contribuent au développement sain de l'enfant à différents moments.

Un vrai système de services de santé et de services sociaux comprend divers services et éléments de soutien répartis en une gamme de points d'intervention harmonisés. Cette gamme de services s'échelonne de la promotion et la prévention, à un bout de la ligne, aux traitements et aux soins de longue durée, à l'autre bout. Une telle gamme de services et d'éléments de soutien permet aux services de santé et aux services sociaux de contribuer pleinement au développement sain de l'enfant.

Par exemple, les services de santé et les services sociaux peuvent promouvoir la santé et le développement normal par des services tels que des cliniques pour bébés bien portants et des programmes d'éducation des parents. Ils peuvent, en outre, contribuer à réduire le risque de maladie et à prévenir les maladies ou autres mauvais états de santé négatifs par des programmes d'immunisation et des programmes d'identification précoce pour dépister des anomalies de développement ou des troubles génétiques.

Dans les cas où le problème est déjà évident, les services de santé et les services sociaux peuvent intervenir rapidement, avant que la situation s'aggrave, par des stratégies comme des programmes de visites à domicile et des programmes de développement de l'enfant. Dans les cas plus sérieux, ils peuvent soigner la maladie ou d'autres mauvais états de santé en faisant appel par exemple aux unités de traumatologie néonatale, à des programmes où l'on soigne la dépression du post-partum et aux soins de santé primaires pour les maladies d'enfance.

Enfin, dans les situations où il y a un problème de longue durée, les services de santé et les services sociaux peuvent contribuer au développement sain de l'enfant en offrant du soutien (p. ex., du counselling et des conseils d'ordre préventif) aux parents d'enfants atteints d'une maladie chronique ou d'une affection incapacitante.

Subventions pour la garde des enfants

Des services de garde d'enfants de grande qualité favorisent une plus grande compétence sociale, le développement du langage à des niveaux plus élevés, des jeux de niveau de développement supérieur, une plus grande capacité de s'autoréglementer et moins de problèmes de comportement.

Même si toutes les provinces offrent des subventions de tarif pour les familles à faible revenu, la plupart des provinces en limitent la disponibilité (CCDS, 1996, p. 31). De fait, ces dernières années le nombre de subventions pour des services de garde à l'intention des parents à faible revenu, de même que les allocations de fonctionnement et de salaires au personnel de garde ont diminué dans plusieurs provinces (CCDS, 1996, p. 31). En 1993, le plafond du revenu pour être admissible aux subventions pour des services de garde se situait à moins de 21 000 $ pour une famille biparentale comprenant deux enfants, dans sept provinces et un territoire (CCDS, 1996, p. 31).

La clef : l'immunisation

On peut prévenir plusieurs maladies d'enfance : la diphtérie, le tétanos, la rougeole, la rubéole et le syndrome de la rubéole congénitale, les oreillons, la coqueluche, la poliomyélite et les infections envahissantes dues à l'Haemophilus influenzae.

Pour certaines maladies, le risque de répercussions à long terme est plus grand si l'infection se déclare dans la toute première enfance. Les principaux pathogènes à diffusion hématogène tels que l'hépatite B et l'hépatite C causent des infections persistantes de longue durée chez les enfants. Le risque d'une infection par le virus de l'hépatite B est de l'ordre de 90 % à 95 % si l'exposition survient durant l'enfance, mais il n'est que de 6 % à 10 % si le virus s'attrape à l'âge adulte (Santé Canada, 1998, p. 124). Dans près de 70 % à 80% des cas, l'infection par le virus de L'hépatite C peu causer des infections chroniques (WHO et coll., 1999, p. 36).

Conditions et tendances

Au Canada, les services de santé et les services sociaux relèvent de la responsabilité des gouvernements provinciaux ou territoriaux et locaux. Étant donné cette approche décentralisée, il y a beaucoup de diversité au pays relativement aux lois, au financement, à l'administration et à la disponibilité de ces services. Avec cette diversité, toutefois, il semble y avoir quelques thèmes communs.

Il y a des restrictions financières et des changements aux systèmes.

Les restrictions financières et les changements aux systèmes sont sans doute les deux thèmes les plus communs à tous les paliers de gouvernement. Vu les préoccupations persistantes au sujet des déficits et de la dette, tous les paliers de gouvernement cherchent à restreindre les dépenses et à restructurer les systèmes de services pour qu'ils soient plus efficaces et donnent de meilleurs résultats. Ces deux tendances ont grandement influé sur le financement, l'organisation et la prestation des services de santé et des services sociaux dans toutes les catégories de services : universels, ciblés et spéciaux. Par ailleurs, vu l'actuelle incertitude à l'égard de l'état de l'économie internationale, les préoccupations — du moins à propos des coûts — ne s'évanouiront sans doute pas.

En 1994, pour la première fois en vingt ans, les dépenses en matière de santé étaient à la baisse, par personne et en tant que pourcentage du PIB (Santé Canada, 1996, p. 26). Voir la **figure 9.2**.

Les dépenses en soins de santé pour les enfants constituent moins de 10 % de toutes les dépenses, même si les enfants de moins de 15 ans forment 20 % de la population (CCDS, 1996, p. 30). Depuis 1980, la croissance des dépenses par habitant en matière de santé a été à peu près la même pour tous les groupes d'âge. Voir la **figure 9.3**.

spéciaux, notamment des services de réadaptation (p. ex., des services de physiothérapie et d'orthophonie), des services de longue durée et des services de soutien (p. ex., des services de préposés aux soins).

Les services de santé et les services sociaux contribuent au développement sain de l'enfant à différents moments.

Un vrai système de services de santé et de services sociaux comprend divers services et éléments de soutien répartis en une gamme de points d'intervention harmonisés. Cette gamme de services s'échelonne de la promotion et la prévention, à un bout de la ligne, aux traitements et aux soins de longue durée, à l'autre bout. Une telle gamme de services et d'éléments de soutien permet aux services de santé et aux services sociaux de contribuer pleinement au développement sain de l'enfant.

Par exemple, les services de santé et les services sociaux peuvent promouvoir la santé et le développement normal par des services tels que des cliniques pour bébés bien portants et des programmes d'éducation des parents. Ils peuvent, en outre, contribuer à réduire le risque de maladie et à prévenir les maladies ou autres mauvais états de santé négatifs par des programmes d'immunisation et des programmes d'identification précoce pour dépister des anomalies de développement ou des troubles génétiques.

Dans les cas où le problème est déjà évident, les services de santé et les services sociaux peuvent intervenir rapidement, avant que la situation s'aggrave, par des stratégies comme des programmes de visites à domicile et des programmes de développement de l'enfant. Dans les cas plus sérieux, ils peuvent soigner la maladie ou d'autres mauvais états de santé en faisant appel par exemple aux unités de traumatologie néonatale, à des programmes où l'on soigne la dépression du post-partum et aux soins de santé primaires pour les maladies d'enfance.

Enfin, dans les situations où il y a un problème de longue durée, les services de santé et les services sociaux peuvent contribuer au développement sain de l'enfant en offrant du soutien (p. ex., du counselling et des conseils d'ordre préventif) aux parents d'enfants atteints d'une maladie chronique ou d'une affection incapacitante.

Subventions pour la garde des enfants

Des services de garde d'enfants de grande qualité favorisent une plus grande compétence sociale, le développement du langage à des niveaux plus élevés, des jeux de niveau de développement supérieur, une plus grande capacité de s'autoréglementer et moins de problèmes de comportement.

Même si toutes les provinces offrent des subventions de tarif pour les familles à faible revenu, la plupart des provinces en limitent la disponibilité (CCDS, 1996, p. 31). De fait, ces dernières années le nombre de subventions pour des services de garde à l'intention des parents à faible revenu, de même que les allocations de fonctionnement et de salaires au personnel de garde ont diminué dans plusieurs provinces (CCDS, 1996, p. 31). En 1993, le plafond du revenu pour être admissible aux subventions pour des services de garde se situait à moins de 21 000 $ pour une famille biparentale comprenant deux enfants, dans sept provinces et un territoire (CCDS, 1996, p. 31).

La clef : l'immunisation

On peut prévenir plusieurs maladies d'enfance : la diphtérie, le tétanos, la rougeole, la rubéole et le syndrome de la rubéole congénitale, les oreillons, la coqueluche, la poliomyélite et les infections envahissantes dues à l'Haemophilus influenzae.

Pour certaines maladies, le risque de répercussions à long terme est plus grand si l'infection se déclare dans la toute première enfance. Les principaux pathogènes à diffusion hématogène tels que l'hépatite B et l'hépatite C causent des infections persistantes de longue durée chez les enfants. Le risque d'une infection par le virus de l'hépatite B est de l'ordre de 90 % à 95 % si l'exposition survient durant l'enfance, mais il n'est que de 6 % à 10 % si le virus s'attrape à l'âge adulte (Santé Canada, 1998, p. 124). Dans près de 70 % à 80% des cas, l'infection par le virus de L'hépatite C peu causer des infections chroniques (WHO et coll., 1999, p. 36).

Conditions et tendances

Au Canada, les services de santé et les services sociaux relèvent de la responsabilité des gouvernements provinciaux ou territoriaux et locaux. Étant donné cette approche décentralisée, il y a beaucoup de diversité au pays relativement aux lois, au financement, à l'administration et à la disponibilité de ces services. Avec cette diversité, toutefois, il semble y avoir quelques thèmes communs.

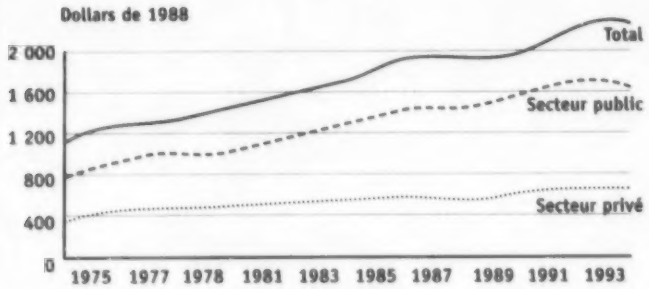
Il y a des restrictions financières et des changements aux systèmes.

Les restrictions financières et les changements aux systèmes sont sans doute les deux thèmes les plus communs à tous les paliers de gouvernement. Vu les préoccupations persistantes au sujet des déficits et de la dette, tous les paliers de gouvernement cherchent à restreindre les dépenses et à restructurer les systèmes de services pour qu'ils soient plus efficaces et donnent de meilleurs résultats. Ces deux tendances ont grandement influé sur le financement, l'organisation et la prestation des services de santé et des services sociaux dans toutes les catégories de services : universels, ciblés et spéciaux. Par ailleurs, vu l'actuelle incertitude à l'égard de l'état de l'économie internationale, les préoccupations — du moins à propos des coûts — ne s'évanouiront sans doute pas.

En 1994, pour la première fois en vingt ans, les dépenses en matière de santé étaient à la baisse, par personne et en tant que pourcentage du PIB (Santé Canada, 1996, p. 26). Voir la **figure 9.2**.

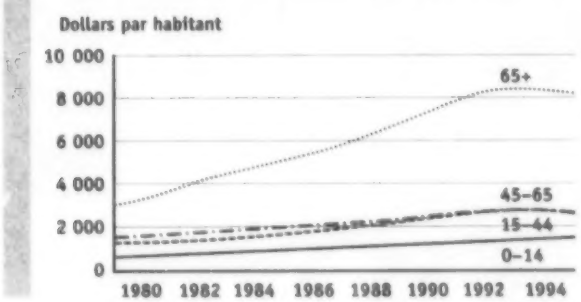
Les dépenses en soins de santé pour les enfants constituent moins de 10 % de toutes les dépenses, même si les enfants de moins de 15 ans forment 20 % de la population (CCDS, 1996, p. 30). Depuis 1980, la croissance des dépenses par habitant en matière de santé a été à peu près la même pour tous les groupes d'âge. Voir la **figure 9.3**.

9.2 Dépenses réelles de santé per capita, Canada, 1975 à 1994



Source : Santé Canada. *Dépenses nationales de santé au Canada, 1975–1994, Rapport sommaire*, 1996, n° de catalogue : H21-99/1992-2. Ottawa : Santé Canada, p. 26.

9.3 Dépenses réelles de santé per capita, selon le groupe d'âge, Canada, années données, 1980 à 1994



Source : Santé Canada. *Dépenses nationales de santé au Canada, 1975–1994, Rapport sommaire*, 1996, n° de catalogue : H21-99/1992-2. Ottawa : Santé Canada, p. 26.

Mettre davantage l'accent sur la santé de la population et le développement des jeunes enfants.

On accorde de plus en plus de valeur à l'aspect de la santé de la population, notamment aux paliers de gouvernement fédéral, provincial et territorial. La santé de la population, et l'accent mis sur les grands déterminants de la santé, est devenue un cadre très utile pour comprendre tant les facteurs qui influent sur la santé que les occasions d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population. Cette meilleure compréhension des déterminants qui ont une incidence sur la santé de la population a engendré un intérêt renouvelé pour le développement des jeunes enfants.

On a toujours accordé une grande importance au fait que les enfants devaient partir du bon pied mais, dans le passé, on justifiait cela en grande partie en y rattachant le fait de préparer les enfants à réussir la transition vers le système d'enseignement régulier. Nous comprenons maintenant que, en plus de promouvoir la préparation à l'école, l'investissement dans le développement précoce des enfants comporte aussi d'autres avantages, notamment en ce qui a trait à l'état de santé des adultes. Par suite de cette plus grande sensibilisation, les gouvernements à tous les paliers ou bien ont lancé de nouveaux programmes pour soutenir le développement des jeunes enfants, ou bien dans d'autres cas ont modifié l'utilisation des ressources existantes.

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia

a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Mettre l'accent sur une intervention intersectorielle en ce qui concerne le système.

La variété des facteurs influant sur la santé et le bien-être et le fait que certaines des plus puissantes influences se trouvent à l'extérieur du secteur traditionnel des soins de santé font que l'approche multisectorielle est la meilleure façon d'améliorer la santé de la population. Aussi les gouvernements, à tous les paliers, ont-ils cherché des façons de relier les contributions de divers secteurs, dont la santé, les services sociaux, l'éducation, les finances, la justice, les loisirs et le logement.

Ce travail intersectoriel comporte à la fois une dimension « horizontale » (reliant différents partenaires et secteurs) et une dimension « verticale » (en forme de couches d'organismes et de paliers de gouvernement). Ces deux dimensions ont une importance plus ou moins grande selon le genre d'intervention intersectorielle.

Plusieurs autorités ont tenté de resserrer les liens entre les secteurs au sein du gouvernement en réalisant une réorganisation. Les deux formules les plus communes utilisées ont été d'intégrer les responsabilités sous un même ministère ou service, et de créer une forme de comité intersectoriel ou de structure. Ce sont là des efforts parmi d'autres qui ont été déployés pour promouvoir l'intervention intersectorielle horizontale.

Mais on s'efforce de plus en plus aussi d'encourager une intervention intersectorielle verticale. Celle-ci devrait, entre autres avantages, aider à redresser les situations dans lesquelles il y a eu divergences d'opinions sur le partage des responsabilités, ce qui a eu pour résultat qu'un système non coordonné a négligé des enfants et des familles.

L'accent mis sur l'intervention intersectorielle a eu de vraies répercussions pour les dispensateurs de services de santé et de services sociaux du fait notamment qu'on s'attendait de plus en plus à ce qu'ils adoptent une approche intégrée et coopérative à la planification et à la prestation des services.

La diminution des dépenses et des soins

Ces dernières années, les réductions dans les dépenses en matière de soins de santé et la réforme générale du système de soins de santé ont mené à un mouvement d'abandon des services et des contextes traditionnels. Certaines indications révèlent que la continuité des soins a été touchée par le déplacement des soins à l'extérieur de l'hôpital sans que d'autres infrastructures et services de soutien soient disponibles. Ainsi, des séjours involontaires de courte durée à l'hôpital ont été associés à la réadmission des enfants en bas âge, à des problèmes d'allaitement, à la difficulté des parents de s'ajuster et à l'insatisfaction de la mère (Rush, 1996, p. 6).

Mettre l'accent sur une intervention intersectorielle en ce qui concerne le système.

La variété des facteurs influant sur la santé et le bien-être et le fait que certaines des plus puissantes influences se trouvent à l'extérieur du secteur traditionnel des soins de santé font que l'approche multisectorielle est la meilleure façon d'améliorer la santé de la population. Aussi les gouvernements, à tous les paliers, ont-ils cherché des façons de relier les contributions de divers secteurs, dont la santé, les services sociaux, l'éducation, les finances, la justice, les loisirs et le logement.

Ce travail intersectoriel comporte à la fois une dimension « horizontale » (reliant différents partenaires et secteurs) et une dimension « verticale » (en forme de couches d'organismes et de paliers de gouvernement). Ces deux dimensions ont une importance plus ou moins grande selon le genre d'intervention intersectorielle.

Plusieurs autorités ont tenté de resserrer les liens entre les secteurs au sein du gouvernement en réalisant une réorganisation. Les deux formules les plus communes utilisées ont été d'intégrer les responsabilités sous un même ministère ou service, et de créer une forme de comité intersectoriel ou de structure. Ce sont là des efforts parmi d'autres qui ont été déployés pour promouvoir l'intervention intersectorielle horizontale.

Mais on s'efforce de plus en plus aussi d'encourager une intervention intersectorielle verticale. Celle-ci devrait, entre autres avantages, aider à redresser les situations dans lesquelles il y a eu divergences d'opinions sur le partage des responsabilités, ce qui a eu pour résultat qu'un système non coordonné a négligé des enfants et des familles.

L'accent mis sur l'intervention intersectorielle a eu de vraies répercussions pour les dispensateurs de services de santé et de services sociaux du fait notamment qu'on s'attendait de plus en plus à ce qu'ils adoptent une approche intégrée et coopérative à la planification et à la prestation des services.

La diminution des dépenses et des soins

Ces dernières années, les réductions dans les dépenses en matière de soins de santé et la réforme générale du système de soins de santé ont mené à un mouvement d'abandon des services et des contextes traditionnels. Certaines indications révèlent que la continuité des soins a été touchée par le déplacement des soins à l'extérieur de l'hôpital sans que d'autres infrastructures et services de soutien soient disponibles. Ainsi, des séjours involontaires de courte durée à l'hôpital ont été associés à la réadmission des enfants en bas âge, à des problèmes d'allaitement, à la difficulté des parents de s'ajuster et à l'insatisfaction de la mère (Rush, 1996, p. 6).

Mettre l'accent sur des ensembles de services de soutien globaux et personnalisés en ce qui concerne les services.

L'autre facette de « l'intervention inter ou multisectorielle » est de mettre davantage l'accent sur des ensembles de services complets et personnalisés en ce qui a trait aux clients.Tout comme il importe de pouvoir faire appel à la contribution de différents secteurs en ce qui concerne les systèmes, il l'est aussi de pouvoir transformer ces contributions intersectorielles en ensembles de services et de services de soutien qui répondent aux situations et aux besoins uniques des personnes et des familles.

C'est pourquoi les bailleurs de fonds et les consommateurs exercent de plus en plus de pression sur les fournisseurs de services pour qu'ils trouvent des approches qui répondent à la gamme complète des besoins uniques de ceux qui ont besoin de services de santé et de services sociaux. Dans le secteur de la santé, cela a amené les unités de santé publique à s'associer à d'autres secteurs dans des initiatives communautaires, l'accent étant surtout mis sur la fourniture de services de soutien à multiples facettes aux personnes à risque. Dans les services sociaux, cela a suscité des approches plus globales et plus personnalisées à l'égard de la fourniture de services et de soutien, tels que des services complets, des programmes de maintien des familles et le courtage de services.

Services de santé, services sociaux et autres déterminants

Le revenu et le statut social

Le revenu et le statut social ont une très grande influence sur la santé et le bien-être à toutes les étapes de la vie, mais leur influence se fait tout particulièrement sentir sur les chances de vie des enfants. Il y a des corrélations troublantes entre un faible revenu et le besoin de services de santé, surtout lorsqu'il s'agit d'amener les enfants à partir du bon pied. Cela vaut également pour certains services sociaux; par exemple, les agences de protection de l'enfance signalent qu'il y a un nombre incroyable de femmes et d'enfants pauvres dans leurs dossiers.

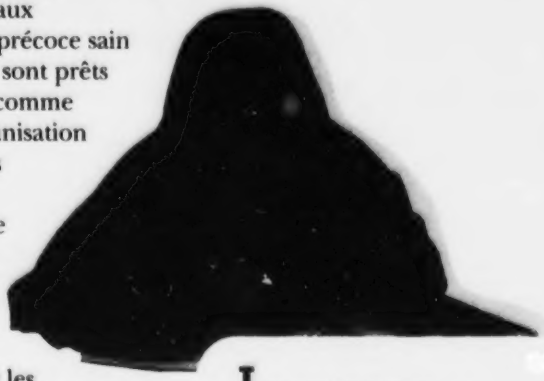
On dit dans l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) que « tant le statut de famille dirigée par une mère seule que le faible revenu influaient de façon considérable et indépendante sur le bien-être de l'enfant » (Lipman, Offord et Dooley, 1996, p. 102).

L'éducation

Les services de santé et les services sociaux peuvent fournir divers modes de soutien qui aident les jeunes gens à demeurer à l'école. Par exemple, les services de santé visent à protéger la santé, mais ils dépistent et soignent aussi la maladie ou tout autre état de santé qui pourraient empêcher la fréquentation scolaire. Une vaste gamme de services sociaux évaluent et

traitent des problèmes affectifs, comportementaux et sociaux qui pourraient nuire à la fréquentation et au rendement scolaires. Les services sociaux offrent également des services de soutien, comme des services de garde d'enfants, qui permettent aux jeunes parents de poursuivre leurs études.

Les services de santé et les services sociaux encouragent, en outre, un développement précoce sain et, autrement dit, s'assurent que les enfants sont prêts à fréquenter l'école. Les services de santé, comme les soins primaires, les programmes d'immunisation et les programmes de prévention contre les blessures concourent à un développement précoce sain, à une disposition à apprendre et à la fréquentation éventuelle de l'école. Les services sociaux — notamment ceux qui appuient l'art d'être des parents responsables et efficaces et le développement précoce — contribuent aussi à lancer les enfants du bon pied et à réussir la transition au système d'enseignement régulier.



Les services sociaux — notamment ceux qui appuient l'art d'être des parents responsables et efficaces et le développement précoce — contribuent aussi à lancer les enfants du bon pied et à réussir la transition au système d'enseignement régulier.

L'environnement social

Les services de santé et les services sociaux établissent des liens de différentes façons avec les environnements sociaux immédiats. Par exemple, certains services de santé (comme le programme de visites à domicile et les programmes sur le rôle parental) et plusieurs services sociaux (y compris les centres de ressources pour les familles, les groupes d'entraide, les programmes d'hébergement et de dépannage pour les enfants et les parents, les services de garde d'enfants et les programmes de maintien des familles) prévoient renforcer les réseaux sociaux pour annuler les effets négatifs de l'isolement social sur les parents et les familles.

D'autres services — dont les programmes de santé communautaire, les programmes de développement des communautés et les programmes de développement économique local — tentent de renforcer les environnements sociaux locaux en travaillant non seulement avec les personnes et les familles, mais aussi avec les groupes locaux et la communauté dans son ensemble.

L'environnement naturel et l'environnement créé

Les services de santé et les services sociaux établissent des liens principalement avec les environnements naturels et créés par la surveillance et la réglementation, mais aussi par des activités de sensibilisation et d'éducation du public. Par exemple, les ministères de la santé publique jouent un rôle de premier plan dans le contrôle et l'application de normes liées à l'environnement naturel, comme la qualité de l'eau et de l'air. Ils jouent aussi un rôle semblable relativement aux normes de santé publique pour les environnements créés pour les enfants, dont les parcs, les écoles, les habitations, les programmes de services de garde et les soins en résidence. Le rôle des services sociaux est

plus discret, mais ils tentent d'assurer que les environnements créés locaux sont sécuritaires et accueillants pour les enfants et les jeunes, et qu'ils répondent à leurs besoins de développement (p. ex., des programmes pour la jeunesse dans les mails et les quartiers à forte densité).

Les pratiques de santé personnelles et les habiletés d'adaptation

Divers services visent à encourager de bons choix de vie et à améliorer les habiletés d'adaptation relativement au développement de l'enfant. Dans le secteur de la santé, les services comprennent : les programmes complets de planification des naissances, les programmes d'éducation sanitaire, les programmes qui permettent de poser un diagnostic et de traiter les problèmes de santé qui pourraient influer sur la grossesse ou la naissance; les programmes qui posent un diagnostic et qui traitent les problèmes de santé mentale; et le counselling et le programme de conseils de prévention pour les parents d'enfants souffrant d'une maladie chronique ou d'une affection incapacitante.

Dans le secteur des services sociaux, on trouve des programmes de ressources pour les familles, des programmes d'hébergement et de dépannage pour les parents et les enfants, des services de counselling individuels, pour couples et pour les familles, des programmes de santé mentale pour les enfants et pour les familles, des services de protection de l'enfance, des programmes de relève et des programmes communautaires pour prévenir la violence familiale.

Les facteurs génétiques et biologiques

Les services de santé et les services sociaux ont un petit lien qui prend de l'ampleur avec la biologie et la génétique, en tant qu'éléments de contribution au développement sain de l'enfant. La plupart des services en rapport avec ces deux domaines ont un composant de counselling. Par exemple, les services de santé prénatale assurent le dépistage génétique, le diagnostic et le counselling, de même que le diagnostic et le traitement de troubles fonctionnels et anatomiques gynécologiques qui pourraient nuire à la grossesse, au développement du fœtus ou à la santé de la mère. Tant les services de santé que les services sociaux offrent des conseils sur la poursuite de la grossesse et sur les bons comportements en matière de santé liés à la grossesse.

La culture

Certains services de santé et services sociaux visent à rapprocher des services (p. ex., ils aident les gens aux antécédents culturels variés à mieux connaître et à apprécier les services de santé et les services sociaux de notre pays). De plus, les services de santé et les services sociaux sont de plus en plus conçus et offerts de façon à être sensibles aux cultures de ceux qu'ils servent et à les respecter. Dans certains cas, par exemple les services sociaux dans les communautés autochtones, la gestion et la prestation réelles des services sont dévolues aux communautés elles-mêmes.

Le sexe

Les services de santé et les services sociaux sont liés au sexe de plusieurs façons. Les services de santé ont des liens avec la dimension biologique du sexe (c.-à-d. la santé génésique), alors que les services sociaux peuvent avoir plus de liens avec la dimension sociale du sexe B les rôles des parents, les attitudes sociales, la réceptivité aux services, les modes de comportement et de services liés au sexe (p. ex., les familles dirigées par un seul parent, les comportements impliquant un risque).

Références

Carnegie Corporation of New York. *Starting Points: Meeting the Needs of Our Youngest Children*, New York, Carnegie Corporation of New York, 1994.

Carnegie Corporation of New York. *Great Transitions: Preparing Adolescents for a New Century* (édition abrégée), New York, Carnegie Corporation of New York, 1996.

Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada, 1996*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1996.

Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994.

Lipman, E.L., D.R. Offord et M.D. Dooley. « Que savons-nous des enfants de familles dirigées par une mère seule? Questions et réponses tirées de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, nº de catalogue : 89-550-MPF, nº 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 95–104.

OMS et Viral Hepatitis Prevention Board. « Global surveillance and control of hepatitis C », *Journal of Viral Hepatitis*, vol. 6, 1999, p. 35–47.

Rush, J. « Congé hâtif de l'hôpital pour les mères et les nouveau-nés » dans *Enfant Action*, vol. 2 (1), Ottawa: l'Institut canadien de la santé infantile, 1996, p. 1–6.

Santé Canada. *Dépenses nationales de santé au Canada, 1975–1994*, Rapport sommaire, 1996.

Santé Canada. *Guide canadien d'immunisation*, nº de catalogue : H49-8/1998F, Ottawa, Santé Canada, 1998.

Chapitre

10

La culture

Aperçu

La notion de culture s'entend d'une identité commune fondée sur des facteurs comme une langue commune, des valeurs et des attitudes partagées, et des idéologies similaires. En ce qui concerne la santé, certains groupes culturels sont exposés à d'autres risques déterminés par les valeurs culturelles dominantes qui contribuent à créer des conditions comme la marginalisation, la stigmatisation, la perte ou la dévalorisation de la langue et de la culture, le manque d'accès à des services et à des soins de santé culturellement adaptés et le manque de reconnaissance des compétences et de la formation.

Le racisme et la discrimination ont une incidence directe sur la santé et un effet indirect se manifestant sous différentes formes d'inéquité sociale, politique et économique. Par exemple, les facteurs qui contribuent aux différences importantes en matière de santé entre les communautés des Premières nations, des Inuits, des Métis et autres (y compris l'éducation, le revenu, la culture et les environnements physique et social) sont enracinés dans une longue histoire de préjudice et de racisme.

Rapport avec le développement sain des enfants

Les groupes minoritaires vivent souvent un « stress d'acculturation ».

Les immigrants, les réfugiés, les membres des peuples autochtones et d'autres groupes ethniques vivront sans doute des stress venant de différentes sources — y compris les circonstances économiques, l'isolement social et personnel, les attitudes négatives et la violence sous forme de menaces ou d'actes (Berry, 1980). Ce « stress d'acculturation » peut avoir une incidence importante sur la santé tant physique que mentale. Par exemple, les peuples autochtones au Canada vivent souvent un stress lorsqu'ils déménagent d'une région relativement isolée ou d'une plus petite communauté à un grand centre urbain. Ce stress peut entraîner des problèmes d'alcoolisme, l'éclatement de la famille et des maladies physiques (Masi, 1989a, p. 72).

Le conflit entre les adultes et les enfants constitue une source importante de stress chez les membres des groupes immigrants. Les enfants immigrants ont tendance à s'intégrer plus rapidement à la culture dominante (Baptiste, 1990; Kim, 1980), en apprenant souvent la langue et les mœurs culturelles avant leurs parents. C'est ainsi que les enfants deviennent les traducteurs de la famille et les interprètes culturels; c'est par conséquent un renversement des rôles et une déstabilisation des voies normales de la communauté et de l'autorité dans la famille (Baptiste, 1993).

Les groupes culturels minoritaires peuvent aussi ressentir des désirs et avoir des attentes conflictuels pour leurs enfants — craignant, d'une part, que leurs enfants prennent des aspects indésirables de la nouvelle culture et voulant, d'autre part, qu'ils acquièrent les caractéristiques nécessaires qui leur permettraient de réussir (Wakil, Siddique et Wakil, 1981; Xenocostas, 1991; Markowitz, 1994). La possibilité d'un conflit est particulièrement grande durant l'adolescence, lorsque les idées de séparation, d'individuation et d'identité font surface (Baptiste, 1993). Il importe de noter que, même si la famille joue un rôle très important dans la transmission de la culture, cette importance a diminué relativement à l'incidence des autres sources d'influence culturelle, comme le marché et les écoles (Erikson, 1991, p. 1).

Les peuples autochtones au Canada vivent souvent un stress lorsqu'ils déménagent d'une région relativement isolée ou d'une plus petite communauté à un grand centre urbain.

La migration peut influer sur la santé physique.

Il existe des preuves que la migration menace la santé physique à cause des changements alimentaires et de l'exposition aux pathogènes locaux contre lesquels les immigrants ne sont pas immunisés (Beiser et coll., 1995, p. 68).

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Les réfugiés sont exposés à des stress qui leur sont propres.

On a pu démontrer que les migrants volontaires (p. ex., les immigrants) sont moins stressés que ceux qui s'exposent involontairement à un changement culturel (p. ex., les réfugiés et les peuples autochtones) (Berry et coll., 1987). La pauvreté, liée à l'incertitude ressentie au sujet du résultat de leur demande d'acceptation comme réfugié et aux attitudes négatives qu'ils rencontrent dans le pays hôte, peut créer un énorme stress sur le réfugié. De même, les enfants réfugiés ont probablement été victimes de violence dans leur pays et courent un grand risque de manifester un trouble de stress post-traumatique (Beiser et coll., 1995, p. 68).

Le contexte de la réinstallation joue un rôle mitigé.

Bien que la migration et la réinstallation en elles-mêmes puissent entraîner un stress important pour les familles, il y a plusieurs facteurs atténuants qui déterminent si oui ou non l'immigration est nécessairement suivie d'une mauvaise adaptation. Ces facteurs comprennent les politiques de sélection, les expériences avant l'émigration et l'accueil du pays hôte (Beiser et coll., 1995, p. 67).

Le stress, les forces personnelles et les ressources sociales agissent entre eux de façon complexe pour déterminer les risques pour la santé des groupes culturels minoritaires. Des facteurs comme la perte de la mère, la dépression maternelle et l'instabilité familiale générale contribuent à une vulnérabilité accrue chez les enfants des réfugiés et des immigrants. Ces facteurs contribuent également à créer un niveau de rendement scolaire plus faible et à un taux de délinquance plus élevé (Rumbaut et Ima, 1988, tel que cité dans Beiser et coll., 1995).

Les enfants séparés des membres de leur famille durant les premières années de la réinstallation courent un risque accru de subir des répercussions négatives sur leur santé mentale, surtout s'ils sont placés dans une famille d'origine ethnique différente (Porte et Torney-Purta, 1987).

L'adoption interculturelle

Une étude a montré que les enfants en cause dans une adoption internationale sont aussi bien adaptés que les enfants de l'ensemble de la population. Ils sont bien intégrés, ont une très forte estime de soi et des relations positives avec leurs pairs (Westhues et Cohen, 1994). De plus, il y a des preuves que les enfants de parents qui gardent leur fierté ethnique et leur identité culturelle réussissent mieux que les enfants de parents qui s'assimilent complètement (Rumbaut et Ima, 1988, tel que cité dans Beiser et coll., 1995). La parenté culturelle — s'identifiant à la langue et à l'histoire, aux rituels religieux et cérémoniaux de même qu'aux codes de comportement d'une culture — contribue au sentiment d'identité, à la sécurité et à l'estime de soi de l'enfant (Haka-Ikse, 1988, p. 1113).

Le racisme et la discrimination contribuent au stress.

Plusieurs groupes minoritaires au Canada font part d'expériences de racisme et de discrimination. Par exemple, la moitié des femmes et des hommes indo-canadiens demeurant dans la région sud de Vancouver déclarent avoir vécu une certaine expérience d'hostilité raciale, allant d'injures et de dommages physiques à la discrimination sur le marché du travail (Nodwell et Guppy,

Les réfugiés sont exposés à des stress qui leur sont propres.

On a pu démontrer que les migrants volontaires (p. ex., les immigrants) sont moins stressés que ceux qui s'exposent involontairement à un changement culturel (p. ex., les réfugiés et les peuples autochtones) (Berry et coll., 1987). La pauvreté, liée à l'incertitude ressentie au sujet du résultat de leur demande d'acceptation comme réfugié et aux attitudes négatives qu'ils rencontrent dans le pays hôte, peut créer un énorme stress sur le réfugié. De même, les enfants réfugiés ont probablement été victimes de violence dans leur pays et courent un grand risque de manifester un trouble de stress post-traumatique (Beiser et coll., 1995, p. 68).

Le contexte de la réinstallation joue un rôle mitigé.

Bien que la migration et la réinstallation en elles-mêmes puissent entraîner un stress important pour les familles, il y a plusieurs facteurs atténuants qui déterminent si oui ou non l'immigration est nécessairement suivie d'une mauvaise adaptation. Ces facteurs comprennent les politiques de sélection, les expériences avant l'émigration et l'accueil du pays hôte (Beiser et coll., 1995, p. 67).

Le stress, les forces personnelles et les ressources sociales agissent entre eux de façon complexe pour déterminer les risques pour la santé des groupes culturels minoritaires. Des facteurs comme la perte de la mère, la dépression maternelle et l'instabilité familiale générale contribuent à une vulnérabilité accrue chez les enfants des réfugiés et des immigrants. Ces facteurs contribuent également à créer un niveau de rendement scolaire plus faible et à un taux de délinquance plus élevé (Rumbaut et Ima, 1988, tel que cité dans Beiser et coll., 1995).

Les enfants séparés des membres de leur famille durant les premières années de la réinstallation courent un risque accru de subir des répercussions négatives sur leur santé mentale, surtout s'ils sont placés dans une famille d'origine ethnique différente (Porte et Torney-Purta, 1987).

L'adoption interculturelle

Une étude a montré que les enfants en cause dans une adoption internationale sont aussi bien adaptés que les enfants de l'ensemble de la population. Ils sont bien intégrés, ont une très forte estime de soi et des relations positives avec leurs pairs (Westhues et Cohen, 1994). De plus, il y a des preuves que les enfants de parents qui gardent leur fierté ethnique et leur identité culturelle réussissent mieux que les enfants de parents qui s'assimilent complètement (Rumbaut et Ima, 1988, tel que cité dans Beiser et coll., 1995). La parenté culturelle — s'identifiant à la langue et à l'histoire, aux rituels religieux et cérémoniaux de même qu'aux codes de comportement d'une culture — contribue au sentiment d'identité, à la sécurité et à l'estime de soi de l'enfant (Haka-Ikse, 1988, p. 1113).

Le racisme et la discrimination contribuent au stress.

Plusieurs groupes minoritaires au Canada font part d'expériences de racisme et de discrimination. Par exemple, la moitié des femmes et des hommes indo-canadiens demeurant dans la région sud de Vancouver déclarent avoir vécu une certaine expérience d'hostilité raciale, allant d'injures et de dommages physiques à la discrimination sur le marché du travail (Nodwell et Guppy,

1992). Au cours des années 1980, des témoignages des minorités raciales devant le Comité spécial de la Chambre des communes sur la participation des minorités visibles à la société canadienne ont signalé plusieurs exemples de traitement différentiel. Une étude de la communauté chinoise de Toronto a permis de trouver que la discrimination perçue se traduisait en divers symptômes psychologiques comme la nervosité, les problèmes de sommeil, les maux de tête, les troubles de l'humeur et un degré d'inquiétude (Dion, Dion et Pak, 1992).

Les différences culturelles influent sur les changements de vie.

Les changements de vie (p. ex., l'éducation, la situation professionnelle et le revenu d'emploi) pour les immigrants varient selon leur pays d'origine. Par exemple, les immigrants européens réussissent mieux sur le marché du travail canadien que leurs homologues asiatiques et de race noire (Reitz et Breton, 1994, p. 112–114).

Les antécédents culturels, y compris l'ethnicité, peuvent avoir un effet sur les succès scolaires (Farkas et coll., 1990, p. 3). Malgré un certain accent mis sur l'éducation multiculturelle, les écoles canadiennes en général reproduisent les cultures et les valeurs des groupes dominants (Hébert, 1992; Shamai, 1992). Les problèmes de langue et de communication font qu'un nombre considérable d'enfants de certains groupes culturels doivent être placés dans des classes d'enfants en difficulté ou d'enseignement professionnel (Comité consultatif du conseil scolaire de Toronto sur l'enseignement aux élèves noirs des écoles de Toronto, 1987). Les études et les carrières futures de ces enfants s'en trouvent par conséquent sérieusement limitées (Masi, 1989a, p. 71).

La mutilation des organes génitaux de la femme

Effectuée en général avant la puberté, la mutilation des organes génitaux de la femme (MOGF) consiste à enlever une partie ou la totalité des organes génitaux de la femme et, dans les cas les plus graves, à fermer les lèvres. Cette pratique est fondée sur la tradition plutôt que sur la religion, et certaines cultures l'emploient pour contrôler l'attitude des femmes à l'égard du sexe, de leur sexualité, et pour renforcer la croyance qu'il faut assurer leur virginité et leur qualité de personne mariable. La MOGF se pratique surtout en Afrique, mais on l'exerce aussi dans certaines parties de l'Asie et dans certains pays du Moyen-Orient. Certaines femmes et jeunes filles émigrées au Canada ont subi une MOGF avant leur arrivée au pays. Au Canada, les dispositions générales du Code criminel interdisent la MOGF, et des modifications récentes rendent illégal le transport d'une enfant à l'extérieur du Canada pour y subir une telle mutilation.

1992). Au cours des années 1980, des témoignages des minorités raciales devant le Comité spécial de la Chambre des communes sur la participation des minorités visibles à la société canadienne ont signalé plusieurs exemples de traitement différentiel. Une étude de la communauté chinoise de Toronto a permis de trouver que la discrimination perçue se traduisait en divers symptômes psychologiques comme la nervosité, les problèmes de sommeil, les maux de tête, les troubles de l'humeur et un degré d'inquiétude (Dion, Dion et Pak, 1992).

Les différences culturelles influent sur les changements de vie.

Les changements de vie (p. ex., l'éducation, la situation professionnelle et le revenu d'emploi) pour les immigrants varient selon leur pays d'origine. Par exemple, les immigrants européens réussissent mieux sur le marché du travail canadien que leurs homologues asiatiques et de race noire (Reitz et Breton, 1994, p. 112–114).

Les antécédents culturels, y compris l'ethnicité, peuvent avoir un effet sur les succès scolaires (Farkas et coll., 1990, p. 3). Malgré un certain accent mis sur l'éducation multiculturelle, les écoles canadiennes en général reproduisent les cultures et les valeurs des groupes dominants (Hébert, 1992; Shamai, 1992). Les problèmes de langue et de communication font qu'un nombre considérable d'enfants de certains groupes culturels doivent être placés dans des classes d'enfants en difficulté ou d'enseignement professionnel (Comité consultatif du conseil scolaire de Toronto sur l'enseignement aux élèves noirs des écoles de Toronto, 1987). Les études et les carrières futures de ces enfants s'en trouvent par conséquent sérieusement limitées (Masi, 1989a, p. 71).

La mutilation des organes génitaux de la femme

Une autre étude a montré que les enfants immigrants dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français obtiennent au départ des notes plus faibles en anglais que les autres enfants nés au Canada; cependant, ils finissent par rattraper leur retard en français ou en anglais et à améliorer leur rendement scolaire dans plusieurs autres domaines (Samuel et Verma, 1992, p. 55 et 56).

Les liens culturels aident aussi à maintenir la ségrégation professionnelle (Reitz, 1990). Le manque de reconnaissance des diplômes et de la formation que les immigrants ont reçus dans leur pays diminue les possibilités pour eux d'accéder au marché du travail, suscitant ainsi une ghettoïsation professionnelle et une situation socioéconomique faible (Centre d'excellence pour la santé des femmes — région des Maritimes, 1997).

Les services de santé et les services sociaux adaptés à la culture sont importants.

De nombreuses études démontrent que la sensibilisation des médecins aux questions culturelles peut avoir une incidence constructive sur la relation patient-médecin et contribuer à la collaboration du patient et entraîner des répercussions positives sur le plan de la santé. Par exemple, une évaluation des services de santé autochtones a laissé supposer que l'efficacité des services était souvent compromise par des différences culturelles entre ceux qui les dispensaient et ceux qui les recevaient (Gibbons, 1992). Les médecins de famille — souvent le premier point de contact avec le système de santé canadien — se sentent tout particulièrement pressés de se familiariser avec les besoins spéciaux de leurs clients de différentes cultures (Hamilton, 1996, p. 585).

D'autres facteurs entrent en jeu, comme les croyances traditionnelles à l'égard des causes de la maladie, l'attitude envers les dispensateurs de soins et les valeurs familiales au sujet des soins. Certains groupes culturels recrutent des membres de la famille étendue pour prodiguer des soins. Les gens des pays en développement, par exemple, ont souvent un réseau de soins de santé qui englobe les parents, les membres de la parenté et d'autres personnes non apparentées en tant que dispensateurs de soins de santé (Masi, 1989b, p. 252). De plus, les difficultés sur le plan de la langue peuvent causer des malentendus et chez les médecins et chez les immigrants, ce qui affecte le diagnostic et le traitement. Alors que les grands secteurs urbains ont accès à des services d'interprétation linguistique, l'absence de tels services dans les plus petites communautés est une source de préoccupation (Masi, 1989a, p. 71).

La violence conjugale est une question délicate à traiter. En général, les immigrantes et les femmes d'autres groupes ethniques qui sont battues ont peu de recours. Dans certains cas, les membres de la communauté sont peut-être plus portés à appuyer le mari. Souvent, ces femmes battues ont très peu de ressources de l'extérieur à cause d'un problème de langue ou de culture (Masi, 1989b, p. 253). On a vu, au chapitre 4, que le fait d'être témoins de la violence conjugale semble avoir la plus forte influence sur les facteurs de risque ultérieurs des jeunes, y compris l'abus d'alcool et d'autres drogues et un comportement criminel (Manion et Wilson, 1995, p. 29–30).

10.1 Répartition de la population des minorités visibles[a] selon l'âge, Canada, 1996

	Total	0–14	15–24	25–44	45–64	65–74	75+
				Nombre			
Population totale	**28 528 125**	**5 899 200**	**3 849 025**	**9 324 340**	**6 175 785**	**2 024 180**	**1 255 590**
Population totale de la minorité visible[b]	3 197 480	778 340	521 060	1 125 730	581 275	129 415	61 655
Noirs	573 860	170 870	96 895	186 995	94 520	16 025	8 555
Asiatiques du Sud	670 590	168 585	107 465	230 245	127 355	26 425	10 505
Chinois	860 150	171 110	135 580	299 815	177 980	50 680	24 990
Coréens	64 840	12 115	15 525	19 475	14 610	1 765	1 340
Japonais	88 135	12 545	11,830	20 850	14 670	5 280	2 965
Asiatiques du Sud-Est	172 195	49 295	28,380	68 210	20 195	4 895	1 785
Philippins	234 195	50 985	33 995	90 100	45 370	8 845	4 900
Arabes/Asiatiques de l'Ouest	244 665	60 850	37 040	95 005	39 995	8 185	3 630
Latino-américains	176 975	46 530	31 575	68 500	25 190	3 670	1 500
Minorité visible[c]	69 745	15 065	11 015	27 690	12 995	2 160	915
Minorité visible multiple[d]	61 575	20 385	11 755	18 945	8 425	1 480	575

a. La *Loi sur l'équité en matière d'emploi* définit la population de minorité visible comme des personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche.
b. Les groupes de minorité visible sont basés sur des catégories dont on se sert pour définir la population de minorité visible dans le règlement de la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*.
c. Non inclus ailleurs. Inclut le groupe des Îles du Pacifique ou une autre réponse écrite laissant croire qu'il s'agit d'une minorité visible (p. ex. Antillais, Sud-Américains).
d. Inclut les répondants qui ont indiqué plus d'un groupe de minorité visible.

Source : Adapté du Site Internet de Statistique Canada : http://www.statcan.ca

Conditions et tendances

Les conditions et les tendances énumérées ci-dessous ne sont pas présentées avec l'intention d'en donner une liste complète; elles visent plutôt à fournir des exemples de la façon dont les différences culturelles existent dans certains secteurs essentiels de la santé.

10.1 Répartition de la population des minorités visibles[a] selon l'âge, Canada, 1996

	Total	0–14	15–24	25–44	45–64	65–74	75+
	Nombre						
Population totale	**28 528 125**	**5 899 200**	**3 849 025**	**9 324 340**	**6 175 785**	**2 024 180**	**1 255 590**
Population totale de la minorité visible[b]	3 197 480	778 340	521 060	1 125 730	581 275	129 415	61 635
Noirs	573 860	170 870	96 895	186 995	94 520	16 025	8 555
Asiatiques du Sud	670 590	168 585	107 465	230 245	127 355	26 425	10 505
Chinois	860 150	171 110	135 580	299 815	177 980	50 680	24 990
Coréens	64 840	12 115	15 525	19 475	14 610	1 765	1 340
Japonais	88 135	12 545	11,830	20 850	14 670	5 280	2 965
Asiatiques du Sud-Est	172 195	49 295	28,380	68 210	20 195	4 895	1 785
Philippins	234 195	50 985	33 995	90 100	45 370	8 845	4 900
Arabes/Asiatiques de l'Ouest	244 665	60 850	37 040	95 005	39 995	8 185	3 630
Latino-américains	176 975	46 530	31 575	68 500	25 190	3 670	1 500
Minorité visible[c]	69 745	15 065	11 015	27 690	12 995	2 160	915
Minorité visible multiple[d]	61 575	20 385	11 755	18 945	8 425	1 480	575

a. La *Loi sur l'équité en matière d'emploi* définit la population de minorité visible comme des personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche.
b. Les groupes de minorité visible sont basés sur des catégories dont on se sert pour définir la population de minorité visible dans le règlement de la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*.
c. Non inclus ailleurs. Inclut le groupe des Îles du Pacifique ou une autre réponse écrite laissant croire qu'il s'agit d'une minorité visible (p. ex. Antillais, Sud-Américains).
d. Inclut les répondants qui ont indiqué plus d'un groupe de minorité visible.

Source : Adapté du Site Internet de Statistique Canada : http://www.statcan.ca

Conditions et tendances

Les conditions et les tendances énumérées ci-dessous ne sont pas présentées avec l'intention d'en donner une liste complète; elles visent plutôt à fournir des exemples de la façon dont les différences culturelles existent dans certains secteurs essentiels de la santé.

La langue et l'ethnicité

- Dans le recensement de 1996, 28 % de la population a déclaré avoir des origines autres que britanniques, françaises ou canadiennes (Statistique Canada, 1998a).

- En 1996, la population des minorités visibles au Canada était de 3 197 480, soit 11,2 % de la population globale (28 528 125 habitants) (Statistique Canada, 1998b). Voir la **figure 10.1**.

- En 1996, Statistique Canada indiquait que la langue maternelle d'environ 16 % de la population canadienne était autre que l'anglais ou le français (Statistique Canada, 1998b).

- Environ le quart de tous les enfants migrants de moins de 12 ans qui arrivent au Canada sont des réfugiés (Beiser et coll., 1995, p. 67).

- Traditionnellement, la majorité des immigrants canadiens venaient de l'Europe et des États-Unis. Dernièrement, environ les trois quarts de la nouvelle population d'immigrants au Canada viennent de l'Asie, de l'Afrique, du Moyen-Orient et de l'Amérique latine (Beiser et coll., 1995, p. 68).

Les blessures

- Le taux de mortalité par blessure chez les jeunes Indiens de plein droit (de 19 ans et moins) est trois fois le taux de la moyenne nationale (Santé Canada, 1997, p. 59).

- Le taux de mortalité par noyade est d'environ huit fois plus élevé chez les enfants et les jeunes des Premières nations et des Inuits de 19 ans et moins (Santé Canada, 1997, p. 197).

Le suicide

Les enfants et les jeunes de 19 ans et moins qui vivent dans les réserves autochtones ont un taux de suicide de près de cinq fois supérieur à celui des enfants et des jeunes dans la population en général (Santé Canada, 1997, p. 60).

L'éducation

La majorité des enfants immigrants de 4 à 17 ans arrivés au Canada entre 1981 et 1988 ne parlait ni l'une ni l'autre des langues officielles (Samuel et Verma, 1992, p. 53 et 54).

Culture et autres déterminants

L'éducation et l'emploi

La culture influe sur l'éducation et sur l'emploi d'une personne et de son conjoint; cette situation en retour a de lourdes répercussions sur le revenu, la connaissance des structures de soutien, l'accès à un soutien informel dans les réseaux sociaux et les habiletés d'adaptation personnelles (Erickson, 1991, p. 4).

L'environnement naturel et l'environnement créé

Les enfants autochtones sont exposés à plusieurs risques liés aux environnements naturel et créé. Ils ont par exemple un taux de blessures près de six fois supérieur à celui des autres enfants canadiens en bas âge (Santé Canada, 1997, p. 60). Ils courent plus le risque aussi d'être exposés à des contaminants en raison de mauvaises conditions de logement, de leurs sources d'alimentation, de leur approvisionnement en eau et de leurs services sanitaires contaminés, et des contaminants environnementaux internes et externes (Postl, MacDonald et Moffat, 1994; Young, Bruce et Elias, 1991).

La majorité des enfants immigrants de 4 à 17 ans arrivés au Canada entre 1981 et 1988 ne parlait ni l'une ni l'autre des langues officielles.

Les pratiques de santé personnelles

On a prouvé que la culture influe sur les pratiques de santé personnelles. La prévalence de l'usage du tabac, par exemple, est élevée chez les femmes inuites et francophones et faible chez la plupart des immigrantes (Centre d'excellence pour la santé des femmes — région des Maritimes, 1997). On a noté que la prévalence de l'alcoolisme se fait plus sentir chez les Irlandais que chez les Juifs (Henderson et Primeaux, 1981, p. xix) et ne pose presque pas de problème social ni médical pour la société chinoise (Lin T.-y., 1983, p. 864). Il y a de fortes indications selon lesquelles ces différences sont dues à des facteurs culturels, comme le degré de tolérance à la consommation d'alcool dans une communauté donnée (Masi, 1989b, p. 253).

Les capacités individuelles et les habiletés d'adaptation

L'incidence du suicide est plus élevée chez les jeunes Autochtones que chez les autres jeunes Canadiens. On rapportait dans une étude récente un taux de suicide tout près de cinq fois supérieur à la moyenne nationale pour les jeunes Indiens de plein droit âgés de zéro à 19 ans (Santé Canada, 1997, p. 60).

Références

Baptiste, D.A. « The Treatment of Adolescents and their Families in Cultural Transition: Issues and Recommendations », *Contemporary Family Therapy*, vol. 12, 1990, p. 3–22.

Baptiste, D.A. « Immigrant Families, Adolescents and Acculturation: Insights for Therapists », *Marriage and Family Review*, vol. 19, 1993, p. 341–363.

Beiser, M., et coll. « Immigrant and Refugee Children in Canada », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 40, mars 1995, p. 67–72.

Berry. « Acculturation as Varieties of Adaptation », dans *Acculturation: Theory, Models and Some New Findings*, A. Padilla (dir.), Colorado, Westview Press, 1980, p. 9–25.

Berry, J.W., et al « Comparative Studies of Acculturative Stress », *International Migration Review*, vol. 21, 1987, p. 491–511.

Centre maritime d'excellence pour la santé des femmes. Projet de rapport du groupe national de discussion sur les déterminants de la santé, le 25 juin 1997, Centre maritime d'excellence pour la santé des femmes, Centre d'excellence pour la programme sur la santé des femmes, Bureau pour la santé des femmes, 1997.

Dion, K.L., K.K. Dion et A.W.-P. Pak. « Personality-Based Hardiness as a Buffer for Discrimination-Related Stress in Members of Toronto's Chinese Community », *Canadian Journal of Behavioural Science*, vol. 24, 1992, p. 517–536.

Erickson, B. *Families and the Transmission of Culture*, rapport présenté au Groupe d'étude démographique, Toronto, University of Toronto, 1991.

Farkas, G., et al « Cultural Resources and School Success: Gender, Ethnicity, and Poverty Groups within an Urban School District », *American Sociological Review*, vol. 55, 1990, p. 127–142, cité dans B. Erickson. *Families and the Transmission of Culture*, rapport présenté au Groupe d'étude démographique, Toronto, University of Toronto, 1991.

Gibbons, A. *Short-Term Evaluation of Indian Health Transfer*, Victoria, Santé et Bien-être social Canada, 1992.

Haka-Ikse, K. « Cross-Cultural Integration of Children into the Health-Care System », *Canadian Family Physician*, vol. 34, mai 1988, p. 1113–1115.

Hamilton, J. « Multicultural Health Care Requires Adjustments by Doctors and Patients », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 155, n° 5, 1er septembre 1996, p. 585–587.

Hébert, Y.M. « Multicultural Education and the Minority Language Child », *Canadian Ethnic Studies*, vol. 24, n° 3, 1992, p. 58–74.

Henderson, G. et M. Primeaux. *Transcultural Health Care*, Don Mills, Addison-Wesley Publishing Company, 1981.

Kim, B.K. « Attitudes, Parental Identification, and Locus of Control of Korean, New Korean-Canadians and Canadian Adolescents », dans *Visible Minorities and Multiculturalism: Asians in Canada*, K.V. Ujimoto et G. Hirabayashi (dir.), Toronto, Butterworth, 1980, p. 219–242.

Lin, T.-y. « Cross-cultural Medicine: Psychiatry and Chinese Culture », *Western Journal of Medicine*, vol. 139, 1983, p. 862–867.

Manion, I. et S. Wilson. *Examen de la relation entre les antécédents de mauvais traitments et les comportements à risque chez les adolescents*, n° de catalogue : H72-21/139-1995F, Ottawa, Centre national d'information sur la violence dans la famille, Santé Canada, 1995.

Markowitz, F. « Family Dynamics and the Teenage Immigrant: Creating the Self Through the Parents' Image », *Adolescence*, vol. 29, n° 113, 1994, p. 151–161.

Masi, R. « Multiculturalism, Medicine, and Health. Part IV: Individual Considerations », *Canadian Family Physician*, vol. 35, janvier 1989a, p. 69–73.

Masi, R. « Multiculturalism, Medicine and Health. Part V: Community Considerations », *Canadian Family Physician*, vol. 35, février 1989b, p. 251–254.

Nodwell, E., et N. Guppy. « The effects of publicly displayed ethnicity on interpersonal discrimination: Indo-Canadians in Vancouver », *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, vol. 29, n° 1, 1992, p. 87–99.

Porte, Z. et J. Torney-Purta. « Depression and Academic Achievement Among Indochinese Refugees, Unaccompanied Minors in Ethnic and Non-ethnic Placements », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 57, n° 4, 1987, p. 536–547.

Postl, B., S. MacDonald et M. Moffat. « Background Paper on the Health of Aboriginal Peoples in Canada », dans *Bridging the Gap: Promoting Health and Healing for Aboriginal Peoples in Canada*, Canadian Medical Association, 1994, p. 19–56.

Reitz, J.G. « Ethnic Concentrations in Labour Markets and Their Implications for Ethnic Inequality », dans *Ethnic Identity and Equality: Varieties of Experience in a Canadian City*, R. Breton et coll. (dir.), Toronto, University of Toronto Press, 1990.

Reitz, J.G. et R. Breton. *The Illusion of Difference: Realities of Ethnicity in Canada and the United States*, Toronto, C.D. Howe Institute, 1994.

Rumbaut, R.G. et K. Ima. « The Adaptation of Southeast Asian Refugee Youth: A Comparative Study », 1988, cité dans M. Beiser et coll. « Immigrant and Refugee Children in Canada », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 40, mars 1995, p. 67–72.

Samuel, J. et R.B.P. Verma. « Immigrant Children in Canada: A Demographic Analysis », *Canadian Ethnic Studies*, vol. 24, n° 3, 1992, p. 51–57.

Santé Canada. *Pour la sécurité des jeunes canadiens : des données statistiques aux mesures préventives*, n° de catalogue H39-412/1997F, Ottawa, Santé Canada, 1997.

Shamai, S. « Ethnicity and Educational Achievement in Canada — 1941–1981 », *Canadian Ethnic Studies*, vol. 24, n° 1, 1992, p. 42–57.

Statistique Canada. *Le Quotidien*, 17 février 1998a.

Statistique Canada. Site Internet de Statistique Canada . http://www.statscan.ca, 1998b.

Toronto Board of Education Consultative Committee on the Education of Black Students in Toronto Schools. Rapport préliminaire, juin 1987, cité dans R. Masi. « Multiculturalism, Medicine, and Health. Part IV: Individual Considerations », *Canadian Family Physician*, vol. 35, janvier 1989, p. 69–73.

Wakil, S.P., C.M. Siddique et F.A. Wakil. « Between Two Cultures: A Study in Socialization of Children of Immigrants », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 43, 1981, p. 929–940.

Westhues, A., et J.S. Cohen. *Intercountry Adoption in Canada*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, 1994.

Xenocostas, S. « Familial Obligation: Ideal Models of Behaviour for Second Generation Greek Youth in Montreal », dans *Immigrants and Refugees in Canada*, S.P. Sharma, A.M. Ervin et D. Meintel (dir.), Saskatoon, Department of Anthropology and Archeology, University of Saskatchewan, 1991, p. 294–315.

Young, T.K., J. Bruce et J. Elias. *Les effets du logement et de l'infrastructure communautaire sur la santé dans les réserves indiennes au Canada*, Winnipeg, University of Manitoba, Northern Health Research Unit, Affaires indiennes et du Nord Canada, 1991.

Chapitre

11

Le sexe

Aperçu

La notion de sexe désigne « un ensemble de rôles, de traits de personnalité, d'attitudes, de comportements et de valeurs, de même que de pouvoirs et d'influences relatifs que la société attribue aux hommes et aux femmes sur une base différentielle » (Santé Canada, 1996, p. 20).

On ne peut pas oubliés les composants biologiques du sexe. Par exemple, les filles sont physiologiquement plus susceptibles que les garçons de contracter une maladie transmissible sexuellement (MTS) après y avoir été exposées. Tout risque associé à une grossesse ou à un problème lié aux menstruations est exclusif aux femmes. Les garçons, toutefois, à cause de leur développement tardif, risquent plus d'attraper une maladie infantile ou une affection.

Le sexe est fortement influencé par l'environnement social dans lequel nous vivons. La socialisation hâtive par les parents, les pairs et les éducateurs peut tempérer ou augmenter l'influence des déterminants biologiques. Les parents vont probablement traiter leurs enfants différemment, en encourageant ou en décourageant certains comportements, selon le sexe de l'enfant. Les pairs récompensent ou punissent un comportement sexuel, selon qu'il est « convenable » ou « non convenable », contribuant à la façon dont les enfants adoptent et intériorisent socialement les vues construites du sexe. Les médias aussi jouent un rôle, en renforçant plusieurs stéréotypes des comportements et des capacités liés au sexe masculin et au sexe féminin.

On peut attribuer plusieurs conditions sociales ou de santé à la situation sociale ou aux rôles fondés sur le sexe. Les femmes, par exemple, sont plus susceptibles que les hommes d'avoir un niveau d'éducation moins élevés, d'avoir un faible revenu, d'être chef de famille monoparentale et d'avoir un niveau d'estime de soi et un sentiment d'autoefficacité faible. Elles courent, en outre, un plus grand risque de contracter une MTS, d'être victimes de mauvais traitements et d'agression sexuelle dans les fréquentations, de fumer et d'être inactive. Tous ces facteurs agissent entre eux et ont une influence négative sur la santé des femmes. D'un autre côté, les garçons ont un taux de mortalité plus élevé que les filles — par blessures et par suicide surtout — et un taux plus élevé de difficultés d'apprentissage et de trouble des conduites.

Rapport avec le développement sain des enfants

Le patrimoine biologique et génétique donne le ton.

Une diversité de différences biologiques et génétiques entre les hommes et les femmes exercent une influence sur leur santé et leur développement durant la prime enfance et l'adolescence.

Ces différences physiologiques font vivre aux hommes et aux femmes différents risques et diverses expériences liés à la sexualié et à la reproduction. Ainsi, la vulnérabilité plus grande de l'appareil reproducteur féminin aux organismes transmis lors d'une relation sexuelle non protégée fait en sorte que la femme risque davantage de contracter certaines maladies transmissibles sexuellement (MTS). L'homme qui a une infection gonococcique infectera environ la moitié de ses partenaires féminines, alors que la femme infectée n'infectera que le quart de ses partenaires masculins (Baird et coll., 1993, p. 235). Les femmes assument également une responsabilité supplémentaire à l'égard de leur santé sexuelle et reproductive; les menstruations, la grossesse et la contraception sont associées aux nombreux risques et effets secondaires — tant physiques qu'affectifs.

En général, les filles se développent plus rapidement que les garçons. Dès leur naissance, elles sont plus développées physiquement que les garçons, un avantage qui se continue tout au cours de la jeune enfance. Au moment de commencer l'école, les filles, sur le plan du développement physique, ont au moins une année d'avance sur les garçons (Eme et Kavanaugh, 1995). Certaines études donnent à penser que ce phénomène peut contribuer à une incidence plus forte de déficience congénitale chez les garçons et au fait que les garçons semblent souffrir davantage des effets du syndrome de l'alcoolisme fœtal (SAF) (Eme et Kavanaugh, 1995).

Alors que les filles de six et sept ans ont une meilleure coordination que les garçons (Prior et coll., 1993), cet avantage semble passer vers la mi-enfance et l'adolescence. Cela pourrait s'expliquer du fait que les filles, en vieillissant, participeront probablement moins à des activités physiques qui favorisent le développement des habiletés motrices — y compris la course, les lancers et les attrapés (McKinnon et Ahola-Sidaway, 1997).

La socialisation est la clé.

La socialisation précoce — y compris l'influence des parents, des pairs, des enseignants et d'autres adultes significatifs — joue un rôle important dans l'acquisition d'attitudes et de comportements fondés sur le sexe chez les enfants.

Les recherches ont montré que l'interaction des garçons et des filles avec leurs parents est différente. Les garçons, par exemple, seraient plus en conflit avec leurs parents, seraient punis plus souvent et verraient davantage leurs parents en conflit. De plus, leurs liens familiaux ne sont pas aussi solides que ceux des filles (Prior et coll., 1993).

De même, les parents adoptent souvent un comportement différent, selon le sexe de l'enfant. Dans une relation père-enfant, les pères semblent réagir plus positivement au comportement prosocial de leur fille qu'à celui

de leur garçon (Kerig, Cowan et Cowan, 1993). En outre, ils tolèrent moins le comportement d'intériorisation des filles que l'agressivité physique des garçons. D'un autre côté, ce comportement d'intériorisation ne pose pas de problème aux mères (Webster-Stratton, 1996). Il est aussi fort probable que les mères vont parler des émotions plus avec leurs filles qu'avec leurs fils (Eisenberg, Martin et Fabes, 1996); elles pourront encourager leurs filles à se préoccuper des autres (Keenan et Shaw, 1997) et à résoudre les problèmes (Nolen-Hoeksema et coll., 1995). Les filles sont éduquées souvent en vue de prendre soin des autres et de materner, malgré la probabilité de plus en plus grande qu'elles chercheront un emploi.

L'influence des pairs affecte l'acquisition de comportements et d'attitudes fondés sur le sexe. Les enfants ont tendance à se diviser selon le sexe — surtout dans des groupes de jeu — et certaines études donnent à penser que les garçons et les filles apprennent et mettent en pratique différentes habiletés sociales et cognitives au sein de ces groupes (Keenan et Shaw, 1997). Les pairs sont en faveur du jeu selon le sexe et punissent le jeu entre les sexes ainsi que les formes d'agression non normatives (p. ex., les filles qui sont physiquement agressives, les garçons qui le sont sur le plan des relations) (Golombuk et Fivush, 1994; Crick, 1997).

Les éducateurs de la prime enfance sont des agents de socialisation importants pour les enfants. Leurs hypothèses au sujet du sexe aident à influer sur les perceptions qu'ont les enfants des garçons et des filles et sur leurs interactions avec eux. Alors que les enseignants et d'autres éducateurs prennent conscience davantage des répercussions des attentes précoces fondées sur le sexe à l'égard du développement des enfants, plusieurs études ont montré que les enseignants ont tendance à réagir différemment aux comportements problèmes des garçons et des filles (Keenan et Shaw, 1997).

Les médias, y compris les ouvrages pour les enfants, aident à renforcer les stéréotypes à l'égard des sexes. Plusieurs chercheurs ont trouvé que le contenu d'une bonne partie de la programmation à la télévision est « fortement axée sur les hommes et présente des rôles sexuels souvent stéréotypés et déformés » (Luecka-Aleksa et coll., 1995, p. 774). On peut en dire autant de la présentation des rôles sexuels dans les ouvrages pour enfants (Golombuk et Fivush, 1994).

Les mass-médias jouent aussi un rôle important dans la création et le renforcement d'attitudes et de valeurs au sujet du rôle des deux sexes, de l'attraction sexuelle et des idéaux du corps. Par exemple, les images des médias présentent le corps idéal de la femme comme étant grand, extrêmement mince et attirant et ils encouragent l'intériorisation d'idéaux souvent inaccessibles chez les filles et les jeunes femmes.

En général, les filles se développent plus rapidement que les garçons. Dès leur naissance, elles sont plus développées physiquement que les garçons, un avantage qui se continue tout au cours de la jeune enfance.

Le sexe, le pouvoir et la violence

Les rôles sexuels et le « scénario » qu'impose la société influent grandement sur le comportement de la jeunesse, notamment au sujet des questions telles que le sexe protégé et l'activité sexuelle précoce ou coercitive. Les femmes sont souvent conditionnées à assumer un rôle de personne soumise et peuvent se sentir incapables d'insister pour exercer leur sexualité sans risques. Par ailleurs, les femmes se voient souvent attribuer la majorité de la responsabilité pour éviter la grossesse et les MTS (Kinnon, 1994). La situation peut s'aggraver en présence de facteurs culturels. On a signalé dans une étude qu'un tiers des femmes autochtones ont dit craindre d'être agressées si elles refusaient d'avoir une relation sexuelle avec un partenaire (Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, 1996, p. 35).

Les effets de la violence se présentent différemment chez l'homme et la femme. On a laissé entendre dans une étude qu'en ce qui concerne le développement socio-affectif, les garçons victimes de violence physique exhibaient un comportement plus « extériorisé », comme une agression, alors que celui des filles était plus « intériorisé ». Les jeunes filles victimes d'une agression sexuelle pourront aussi être plus susceptibles que les garçons de présenter des difficultés cognitives et scolaires (Trickett et McBride-Chang, 1995).

Un examen récent des ouvrages sur les enfants et les jeunes qui sont témoins de violence familiale a montré des réactions différentes chez les jeunes garçons et les jeunes filles. Les garçons ont tendance à réagir en manifestant de la violence, alors que les filles deviennent plus dépendantes et timides. En outre, les enfants témoins de violence à la maison auront davantage tendance à se retrouver dans une relation de violence à l'âge adulte. Alors que les filles accepteront peut-être davantage la violence dans leurs rapports, les garçons en seront probablement les responsables (Suderman et Jaffe, 1997).

Conditions et tendances

Les taux de blessures, de décès et de handicaps sont plus élevés chez les garçons.

On a montré plusieurs différences liées au sexe dans l'état de santé chez les enfants et les jeunes du Canada. Les taux de mortalité sont plus élevés chez les garçons que chez les filles dans tous les groupes d'âge, mais surtout chez les 15 à 19 ans, où le taux est de 96 décès par 100 000 de population et de 34 par 100 000 respectivement (ICSI, 1994, p. 87).

Plus de garçons, de tous âges, sont hospitalisés. Durant l'adolescence, les garçons sont le plus couramment admis à l'hôpital en raison de blessures (32 %), alors que, pour les filles, c'est en raison d'une grossesse (39 %) (ICSI, 1994, p. 91). Bien que les filles soient plus susceptibles de tenter de se suicider, plus de garçons meurent par suicide (ICSI, 1994, p. 97).

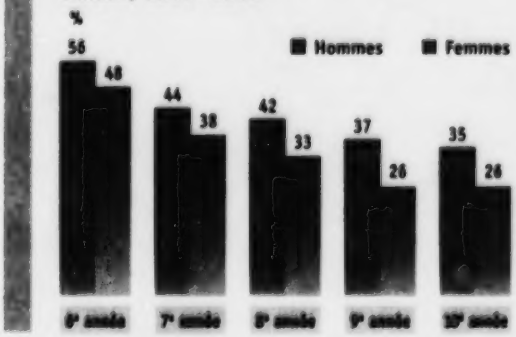
En général, les taux de handicaps chez les jeunes gens de moins de 20 ans sont plus élevés chez les garçons (7,9 %) que chez les filles (6,3 %) (ICSI, 1994, p. 151). Cet écart est plus prononcé pour les jeunes gens éprouvant des difficultés d'apprentissage (deux fois plus chez les garçons que chez les filles) et ayant un trouble affectif ou de comportement (trois fois plus fréquent chez les garçons) (ICSI, 1994, p. 154).

Les indicateurs de bien-être et d'image corporelle sont plus faibles chez les filles.

Les indicateurs de bien-être sont constamment moins élevés chez les filles que chez les garçons. Le taux de dépression est plus élevé chez les filles que chez les garçons (52,4 % par rapport à 35,9 %) (Fleming, Offord et Boyle, 1989). Chez les 13 à 16 ans, 55 % des filles et 48 % des garçons se sont déclarés stressés (ICSI, 1994, p. 74; Holmes et Silverman, 1992, p. 22). Dans son étude, le Comité consultatif canadien sur le statut de la femme a montré que plus de garçons que de filles ont dit se sentir bien dans leur peau (45 % par rapport à 30 %), avoir un certain nombre de belles qualités (43 % par rapport à 31 %) et avoir confiance en eux (33 % par rapport à 22 %) (Holmes et Silverman, 1992, p. 12 et 13). Une étude d'élèves de la 6e à la 10e année a trouvé qu'à chaque classe, plus de garçons que de filles se disaient heureux (King, Boyce et King, 1999, p. 45). Voir la **figure 11.1**. Les comparaisons avec les résultats du milieu des années 1980 montrent que l'écart entre les sexes sur ces mesures s'est agrandi au début des années 1990 (ICSI, 1994, p. 96).

Les filles se préoccupent particulièrement de leur image corporelle. Les adolescentes beaucoup plus que les adolescents sont susceptibles de dire qu'elles veulent maigrir. Une étude récente a révélé que 29 % des filles de 11 ans voulaient perdre du poids, comparativement à 19 % des garçons du même âge. À 13 ans, l'écart entre les sexes était plus prononcé, alors que 41 % des filles et 21 % des garçons exprimaient le même désir de maigrir (King, Boyce et King, 1999, p. 70).

11.1 Proportion d'élèves de la 6e à la 10e année qui déclarent se sentir « très heureux » de leurs vies, selon le niveau et le sexe, Canada, 1997–1998



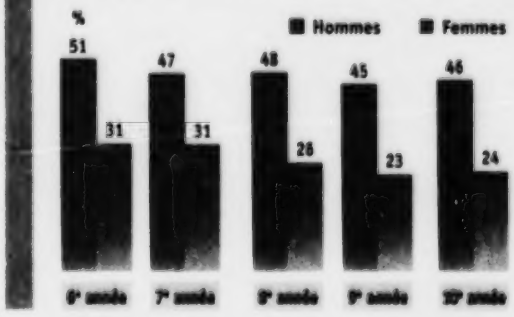
Source : A.J.C. King, W.F Boyce et M.A. King. *La santé des jeunes : tendances au Canada*, nº de catalogue : H39-498/1999F, Ottawa, Santé Canada, 1999, p. 45.

Il y a des différences dans les pratiques personnelles de santé.

Des pratiques de santé différentes jouent un rôle dans la santé générale des garçons et des filles. Les garçons s'adonneront plus que les filles aux activités physiques. En réalité, les adolescents dépensent environ 50 % plus d'énergie à ces activités que les filles (ICRCP, 1997, p. 2). Comme l'indique la **figure 11.2**, une proportion plus forte de garçons que de filles de la 6e à la 10e année a dit faire de l'exercice quatre fois par semaine ou plus (OMS, 1999). Des études ont prouvé, cependant, que le niveau d'activité chez les filles est à la hausse (CCDS, 1997, p. 37).

Ces dernières années, l'incidence de l'usage du tabac chez les filles de 15 ans a augmenté — passant de 18 % en 1990, à 21 % en 1998. Cette tendance laisse supposer que les jeunes filles ont de plus en plus de contraintes sociales (King, Boyce et King, 1999, p. 95).

11.2 Proportion d'élèves de la 6e à la 10e année qui disent faire de l'exercice plus de quatre fois par semaine, selon le niveau et le sexe, Canada, 1997–1998



Source : OMS. *Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire, une étude multi-nationale de l'Organisation mondiale de la santé, 1997–1998*, 1999.

Le risque d'agression est plus élevé chez les filles.

On estime que 25 % des filles et 10 % des garçons seront victimes de violence sexuelle avant l'âge de 16 ans (Finkel, 1987, p. 245). Les filles, plus que les garçons, sont le plus souvent les principales victimes d'agression perpétrées par des membres de la famille. Dans une étude, les filles représentaient près de 80 % des victimes d'agression sexuelle commises par un membre de la famille (Statistique Canada, 1998, p. 22).

Le sexe influence non seulement la possibilité qu'un enfant soit la victime, mais aussi la nature du délit. Une étude effectuée en 1995 sur les cas de mauvais traitements déclarés par les personnes en cause montre que la violence physique a été rapportée par 44 % d'adolescentes de 14 à 18 ans, comparativement à 33 % d'adolescents. De plus, un autre 28 % d'adolescentes ont déclaré avoir été victimes d'agression sexuelle comparativement à 0 % chez les adolescents (Manion et Wilson, 1995, p. 15).

Plus de garçons que de filles abandonnent leurs études.

Les garçons sont plus susceptibles de quitter l'école que les filles (17 % et 11 % respectivement). Les trois raisons dominantes citées par les garçons et les filles pour décrocher sont l'ennui, la préférence pour le travail plutôt que pour l'école et les problèmes liés aux travaux scolaires et aux enseignants (Statistique Canada, 1993, p. 27). Les filles, toutefois, sont plus susceptibles que les garçons de voir leur rendement scolaire diminuer, en mathématiques et en sciences surtout, à l'adolescence.

Sexe et autres déterminants

L'éducation

En 1995, 30 % des jeunes femmes (de 22 à 24 ans) sans diplôme d'études secondaires étaient sans emploi, par comparaison avec 17 % des hommes (DRHC et Statistique Canada, 1996, p. 5). En général, le niveau d'éducation des femmes augmente — en 1992–1993, elles représentaient 53 % de tous les étudiants de premier cycle, 46 % de tous les étudiants à la maîtrise et 35 % de tous les candidats au doctorat (Normand, 1995, p. 19). Toutefois, elles sont toujours sous-représentées en sciences physiques, en génie (premier cycle) et en sciences appliquées.

Les pratiques de santé personnelles

L'apparence physique préoccupe grandement plusieurs adolescentes qui luttent pour préserver une image de soi positive. Les jeunes femmes qui ont une image corporelle négative risquent plus d'avoir des comportements de personnes qui éprouvent des troubles de l'alimention que celles qui ne s'en préoccupent pas. La mauvaise estime de soi chez les garçons et les jeunes hommes est liée à l'utilisation de stéroïdes anabolisants (King, Boyce et King, 1999).

Les capacités individuelles et les habiletés adaptation

D'après l'ELNEJ, en 1994–1995, les garçons de huit à 11 ans avaient le plus haut taux de problèmes affectifs et comportementaux, et les filles de quatre à sept ans, le plus faible. De fait, tous les taux de prévalence de troubles étaient plus élevés chez les garçons que chez les filles. Même si plus de jeunes femmes que d'hommes tentent de se suicider, les jeunes hommes seront plus nombreux à se suicider effectivement (ICSI, 1994, p. 75 et 89).

Les facteurs génétiques et biologiques

Les garçons et les filles ne courent pas le même risque dans le cas de certains types d'affections et de troubles. Les garçons, par exemple, risquent plus que les filles de souffrir d'autisme (Bryson, Clark et Smith, 1988) et d'une affection comportementale telle qu'un trouble déficitaire de l'attention et un trouble des conduites (Offord, 1987). Cependant, les filles risquent plus d'être atteintes de dépression et d'avoir des troubles de l'alimentation à l'adolescence (Cichetti et Toth, 1998).

Références

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada. *VIH/SIDA et son impact sur les femmes autochtones au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 1996.

Baird, P., et coll. *Un virage à prendre en douceur : rapport final de la commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction*, vol. 1, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1993.

Bryson, S.E., B.S. Clark et I. Smith. « First report of a Canadian epidemiological study of autistic syndromes », *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 29, 1988, p. 433–446.

Cicchetti, D. et S.L. Toth. « The development of depression in children and adolescents », *American Psychology*, vol. 53, 1998, p. 221–241.

Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada — 1997*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1997.

Crick, N.R. « Engagement in Gender Normative versus Non-normative Forms of Aggression: Links to Social Psychological Adjustment », *Developmental Psychology*, vol. 33, n° 4, 1997, p. 610–617.

Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada. *Après le secondaire, les premières années : le premier rapport découlant de l'enquête de suivi auprès des sortants, 1995*, n° de catalogue : MP78-4/12-1996F, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996.

Eisenberg, N., C.L. Martin et R.A. Fabes. « Gender Development and Gender Effects », dans *Handbook of Educational Psychology*, D. Berliner et R. Calfee (dir.), Toronto, Simon and Schuster Macmillan, 1996, p. 358–396.

Eme, R.F. et L. Kavanaugh. « Sex Differences in Conduct Disorder », *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, vol. 24, n° 4, 1995, p. 406–426.

Finkel, K.C. « Sexual Abuse of Children: An Update », *Journal de l'association médicale canadienne*, vol. 136, n° 3, 1987, p. 245–252.

Fleming, J.E., D.R. Offord et M.H. Boyle. « Prevalence of Childhood and Adolescent Depression in the Community: Ontario Child Health Study », *British Journal of Psychiatry*, vol. 155, 1989, p. 647–654.

Golombuk, S. et R. Fivush. *Gender Development*, New York, Cambridge University Press, 1994.

Holmes, J. et E. Silverman. *J'ai des choses à dire, écoutez-moi! Sondage auprès des adolescentes du Canada*, Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, 1992.

Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. « Conformité des jeunes aux directives », *Progrès en prévention*, Bulletin n° 13, 1997.

Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994.

Keenan, K. et D. Shaw. « Development and Social Influences on Young Girls' Early Problem Behaviour », *Psychological Bulletin*, vol. 121, n° 1, 1997, p. 95–113.

Kerig, P.K., P.A. Cowan et C.P. Cowan. « Marital Quality and Gender Differences in Parent-Child Interaction », *Developmental Psychology*, vol. 29, 1993, p. 931–939.

King, A.J.C., W.F Boyce et M.A. King. *La santé des jeunes : tendances au Canada*, n° de catalogue : H39-498/1999F, Ottawa: Santé Canada, 1999.

Kinnon, D. « The Birth Control Gap », dans *On Women's Healthsharing*, E. Dua et coll. (dir.), Toronto, Women's Press, 1994, p. 155–160.

Luecka-Aleksa, D., et coll. « Gender Constancy and Television Viewing », *Developmental Psychology*, vol. 31, n° 5, 1995, p. 773–780.

Manion, I.G. et S. Wilson. *Examen de la relation entre les antécédents de mauvais traitements et les comportements à risque chez les enfants*, n° de catalogue H72-21/139-1995F, Ottawa, Centre national d'information sur la violence dans la famille, Santé Canada, 1995.

McKinnon, M. et J. Ahola-Sidaway. *Gender Issues and Young Children's Mental Health: Final Report*, Ottawa, Santé Canada, 1997.

Nolen-Hoeksema, et coll. « Helplessness in Children of Depressed and Non-Depressed Mothers », *Developmental Psychology*, vol. 31, n° 3, 1995, p. 377–387.

Normand, J. « Education of Women in Canada », *Tendances sociales canadiennes*, vol. 39, hiver 1995, p. 17–21, n° de catalogue : 11-008F, Ottawa, Statistique Canada, 1995.

Offord, D.R. « Prevention of behavioral and emotional disorders in children », *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 28, 1987, p. 9–19.

Organisation mondiale de la santé. *Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire, une étude multi-nationale de l'Organisation mondiale de la santé, 1997–1998*, 1999.

Prior, M., et coll. « Sex Differences in Psychological Adjustment from Infancy to 8 Years », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 32, n° 2, 1993, p. 291–304.

Santé Canada. *Pour une compréhension commune : une clarification des concepts clés de la santé de la population*, n° de catalogue : H39-391/1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996.

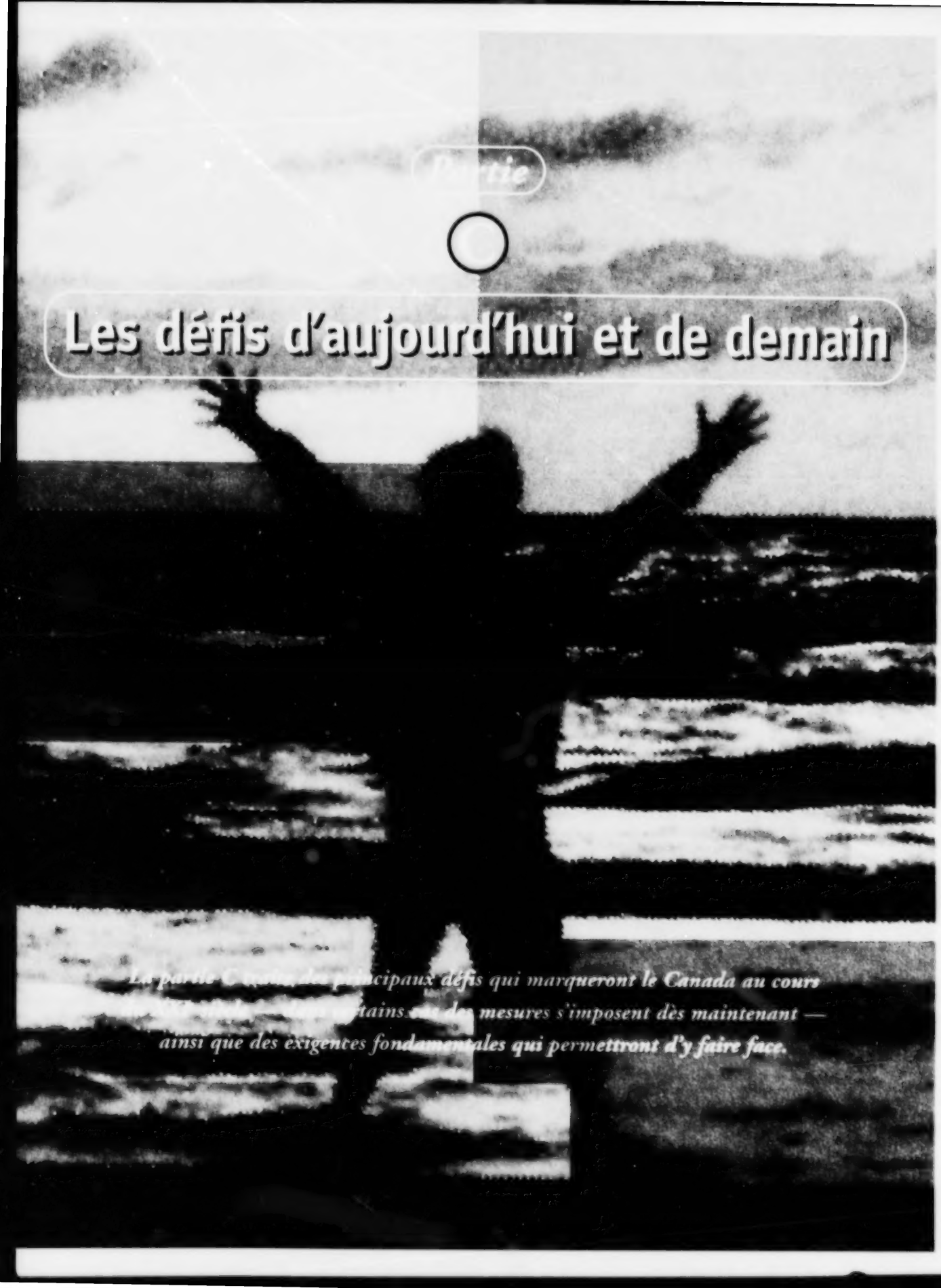
Statistique Canada. *Après l'école : résultats d'une enquête nationale comparent les sortants de l'école aux diplômés d'études secondaires âgés de 18 à 20 ans*, Ottawa, Statistique Canada, 1993.

Statistique Canada (1998). *La violence familiale au Canada: un profil statistique 1998*, n° de catalogue : 85-224-XPF, Ottawa, Statistique Canada, 1998.

Suderman, M. et P. Jaffe . « Children and Youth Who Witness Violence », dans *Child Abuse: New Directions in Prevention and Treatment Across the Lifespan*, D.A. Wolfe, R.J. McMahon and R. deV. Peters (dir.), Thousand Oaks, Sage Publications, 1997.

Trickett, P.K. et C. McBride-Chang. « The Developmental Impact of Different Forms of Child Abuse and Neglect », *Developmental Review*, vol. 15, 1995, p. 311–337.

Webster-Stratton, C. « Early Onset Conduct Problems: Does Gender Make a Difference? », Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 64, n° 3, 1996, p. 540–551.



Partie

Les défis d'aujourd'hui et de demain

La partie C examine les principaux défis qui marqueront le Canada au cours [illegible] certains cas des mesures s'imposent dès maintenant — ainsi que des exigences fondamentales qui permettront d'y faire face.

Chapitre

12

Les défis

Aperçu

Nous voulons tous ce qu'il y a de mieux pour nos enfants; toutefois, dans un monde changeant qui devient de plus en plus complexe, la réussite n'est ni prévisible ni assurée. Le monde de nos enfants est très prometteur : la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, la révolution électronique, l'espérance de vie plus grande et l'accès au monde grâce aux télécommunications et aux voyages. En même temps, les enfants de notre société risquent d'être exposés à des polluants du milieu, à la violence, aux pressions du temps et de l'argent et à une économie de plus en plus mondiale qui exige une main d'œuvre hautement qualifiée. De nos jours, comme pour la plupart des générations, les enfants, peu importe leur niveau de revenu ou leur groupe ethnique, sont exposés à une combinaison de débouchés, de stress et de menaces auxquels nous n'aurions jamais pensé il y a à peine 50 ans.

La présente section vise deux objectifs : résumer et stimuler la pensée à l'égard des tendances choisies parmi celles qui se sont présentées dans les chapitres précédents, qui influeront probablement sur l'avenir de la santé de l'enfant. Comprendre les forces qui influent sur la santé des jeunes gens nécessite un examen des déterminants de la santé, dont les environnements physique, familial, scolaire, communautaire et professionnel, et des obstacles que présente la pauvreté. On prendra d'abord en considération quelques questions qui s'entrecroisent, par exemple le développement de l'enfant, le modèle sur la santé de la population, l'approche intersectorielle, la

décentralisation, la mondialisation, l'ère de l'information, le vieillissement de la population et les perspectives des enfants. Ces questions sont complexes et comportent des conséquences à long terme pour la société en général. De fait, comprendre les effets de certaines d'entre elles nécessitera peut-être des années.

Bien que la plupart des enfants grandissent en santé et que de nombreux indicateurs de leur bien-être nous révèlent plusieurs succès — dont le taux de mortalité infantile qui est à son plus bas niveau et les résultats de tests en lecture et en sciences qui sont parmi les meilleurs au monde — plusieurs autres indicateurs nous dressent un tableau de lacunes, comme la violence et les suicides accrus chez les jeunes. Notre appréciation de l'avenir des besoins des jeunes gens en matière de santé doit s'incorporer à une compréhension d'une grande gamme d'influences ou de déterminants qui pourront améliorer leur santé ou lui nuire. Cette compréhension est essentielle si nous espérons pouvoir intervenir et prendre des décisions qui amélioreront la situation des enfants et des jeunes du Canada et de leurs familles.

Questions primordiales pour le XXIe siècle

Le développement de l'enfant

La recherche montre que la santé d'un adulte est fortement liée aux expériences qu'il a vécues au cours de sa petite enfance (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1998, p. 2). Il s'ensuit donc que partir du bon pied est crucial pour le bien-être général de l'enfant. Les deux décennies de transition qui s'écoulent depuis la naissance du nouveau-né sans défense jusqu'à l'indépendance d'un adulte se caractérisent par des périodes de changements énormes. Chacune de ces périodes peut être vue comme une gamme de nouvelles possibilités pour influer sur le développement futur. On reconnaît depuis bien longtemps qu'une promotion et une protection précoces de la santé profitent à une personne plus tard dans sa vie. Il existe une masse de renseignements sur le développement de l'enfant qui nous permet de planifier comment influer sur le développement optimal (Keating et Hertzman, 1999).

Nous apprenons de plus en plus comment l'environnement agit sur le développement du cerveau. Par exemple, la technologie sophistiquée de scanographie améliore de plus en plus notre capacité de visualiser la façon dont le cerveau est « raccordé ». Elle nous fait mieux apprécier la vulnérabilité du développement du cerveau aux influences environnementales — il l'est beaucoup plus que nous le pensions (Guy, 1997, p. 6). Alors que l'hérédité et les gènes jouent un rôle, l'action réciproque subtile entre les gènes et l'environnement signifie que des facteurs environnementaux risquent d'endommager le cerveau du fœtus qui se développe, qu'on parle de malnutrition maternelle, d'abus de drogues, de substances toxiques (comme l'alcool et la fumée de tabac ambiante), de métaux et de produits chimiques (comme les pesticides) ou d'infections virales. Nous savons maintenant que le développement du cerveau qui se produit depuis la conception est beaucoup plus rapide et important que prévu et que l'influence sur ce développement à l'avenir est durable. De toute évidence, il est essentiel d'investir dans le développement du jeune enfant, car ces expériences ont un effet durable et contribuent à la santé la vie durant. Des enfants en santé qui deviennent des adolescents en santé formeront probablement des adultes en santé.

On parle souvent des enfants comme d'un groupe homogène. Or l'expérience de grandir est très variée et personnelle et est ponctuée de plusieurs étapes de développement délicates et critiques (Comité consultatif fédéral-provincial et territorial sur la santé de la population, 1998). Tous conviennent que le développement physique, affectif, intellectuel, social et moral des enfants est un processus graduel qui commence à la petite enfance pour se prolonger à l'âge adulte (Guy, 1997). On appelle la période de la prénaissance et de la petite enfance « l'étape d'investissement » pour un développement sain de l'enfant; elle est marquée d'occasions d'établir des compétences linguistiques, d'adaptation, de sentiment de soi et de santé physique et mentale (Hertzman, 1994). La période de six à 18 ans est « l'étape d'amélioration » où, sur les plans physique, social, intellectuel, psychologique et affectif, les jeunes gens établissent leurs propres valeurs, attitudes, croyances

et modes de comportements et renforcent leur sentiment d'identité. Au cours de cette étape, il faudra peut-être intervenir en cas de problèmes (Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1998, p. 7). En abordant la santé de l'enfant, il est important de bien comprendre les étapes de sa croissance et de son développement. Ce serait lui rendre un mauvais service que d'ignorer les aspects complexes de son développement.

La santé de la population

La notion de la santé de la population a pris de l'importance vers la fin du présent siècle, et cette notion apportait avec elle d'énormes conséquences pour l'avenir de la santé de l'enfant. Ces dernières décennies, il y a eu concurrence entre ceux qui croient que les ressources et les programmes pour la santé devraient aller à des soins médicaux ou à ceux qui sont à risque et ceux qui prônent la prévention et la promotion de la santé optimale pour tous. Par exemple, il y a ceux qui s'efforcent de trouver la technologie la plus récente pour guérir un enfant atteint d'un handicap et ceux qui travaillent à favoriser un environnement sain pour le développement de l'enfant et à prévenir les handicaps chez les enfants. Le taux de survie amélioré des nouveau-nés, prématurés surtout, présentant un poids insuffisant à la naissance est un bon exemple. Certains disent que ces enfants survivent grâce à des techniques médicales coûteuses et au détriment d'efforts pour empêcher de tels cas (Miller, 1984).

La santé de la population donne à penser qu'on ne peut avoir d'enfants en santé qu'en se concentrant uniquement sur le système de soins de santé; il faut aussi y associer les changements dans les enjeux sociétaux plus importants. La santé des enfants est très influencée non seulement par le système de soins de santé, mais aussi par des facteurs comme le revenu et le statut social, les réseaux de soutien sociaux ou les environnements sociaux, l'éducation, l'emploi, l'environnement physique, le patrimoine génétique, les habiletés d'adaptation, le sexe, la culture, le développement de l'enfant et les pratiques de santé personnelles. Ce sont tous des facteurs regroupés sous l'étiquette « déterminants de la santé », et plusieurs ne relèvent pas du secteur de la santé.

Il importe de noter que le modèle de la santé de la population dépasse la notion que les individus sont responsables de leurs comportements et de leur santé. On retrouve cette prémisse dans les notions antérieures de la santé — c'est notre faute si nous fumons, si nous ne sommes pas de bons parents, si nous sommes stressés au travail ou si nous ne trouvons pas d'emploi. Nous sommes responsables de nos actes, mais les influences sur notre santé sont beaucoup plus complexes. Par exemple, on ne peut pas blâmer un père ou une mère d'avoir permis à ses enfants d'avoir des sucreries ou des aliments à calories vides sans tenir responsables le propriétaire du supermarché d'avoir placé les friandises à la caisse, l'annonceur d'avoir créé la demande et le fabricant d'avoir produit la sucrerie. De même, nous ne pouvons pas tenir un chef de famille monoparentale responsable du bien-être de ses enfants, parce qu'il ou elle demeure dans un voisinage sans espaces verts, sans épicerie, où le transport en commun et les installations de loisirs sont limités et les classes de ses enfants, surpeuplées.

D'après le modèle sur la santé de la population, ce qui permet à une personne de s'épanouir et d'être en santé va au-delà du comportement individuel et comprend toute une gamme de déterminants de société. Les

actes individuels peuvent être remarqués, mais il faut dépasser le comportement individuel et inclure dans notre approche tous les autres déterminants de la santé dont on discute dans le présent document.

Les croyances de la société selon lesquelles le système de soins de santé est l'élément principal qui contribue à la santé des enfants changent petit à petit. De fait, toute la notion de santé est en train d'être redéfinie. On voit maintenant la santé comme un équilibre dynamique créé par un équilibre des déterminants plutôt qu'une absence de maladie. Toutefois, dans le système de santé actuel — qui repose sur le modèle médical traditionnel — le financement des soins de santé et la formation professionnelle dominent toujours. Le système a besoin d'un meilleur équilibre — où la prévention joue un plus grand rôle — afin d'élaborer une approche vraiment globale qui permet de répondre aux besoins des enfants en matière de santé.

Une approche intersectorielle

Pour aborder la question de la santé des enfants, il faut un grand effort collectif qui engage de nombreux intervenants de tous les secteurs qui s'occupent des enfants. Les questions de la santé des enfants touchent à tous les aspects de la vie d'un enfant et, compte tenu du vaste domaine des déterminants de la santé, la liste de partenaires est importante : les parents et les familles, le système scolaire, le système judiciaire, les agences de services sociaux et de santé des gouvernements fédéral, provincial et municipal, les organismes religieux, de loisirs, communautaires et au service des enfants, et la communauté des gens d'affaires. Plusieurs de ces partenaires n'ont pas toujours travaillé ensemble et devront surmonter les défis que posent les philosophies, les priorités et les domaines de compétences différents.

La décentralisation

Une discussion de la santé des enfants au cours de la prochaine décennie (ou de n'importe quelle décennie) doit comprendre les décisions politiques. L'impact sur la santé des enfants de la décentralisation du pouvoir aux provinces et, en retour, des provinces aux municipalités, n'est pas clair. Elle affaiblira probablement la capacité du gouvernement fédéral d'influer sur le développement sain de l'enfant. De plus, l'introduction du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) — transfert en bloc d'argent aux provinces pour la santé, l'éducation postsecondaire et les services sociaux — est décrite comme une menace pour la santé, le développement et la future productivité des enfants et des jeunes du Canada (Steinhauer, 1995). Et tout en s'adaptant aux défis que posent le contrôle des déficits et l'élimination des dettes, les organismes et les municipalités auront de la difficulté à répondre aux demandes de services sociaux, de santé et d'éducation. Alors que se poursuit la dévolution du gouvernement fédéral, forçant les administrations provinciales et municipales à se restructurer, l'avenir des services sociaux et communautaires peut demeurer incertain. Toutefois, alors qu'ils contrôlent les déficits et réduisent les dettes, les gouvernements à tous les paliers pourront peut-être réinvestir stratégiquement dans des services essentiels pour appuyer le développement sain des enfants, des jeunes et de leurs familles.

La mondialisation

La tendance à la mondialisation et au libre-échange donnera sans doute plusieurs résultats positifs comme de plus grandes possibilités d'études et un plus grand nombre de débouchés de développement économique pour les enfants d'aujourd'hui. Il y aura toutefois de nouveaux dangers pour la santé des enfants, par exemple l'accès plus facile aux produits de consommation importés qui n'auront pas satisfait à certaines normes visant à protéger les enfants contre des articles non sécuritaires. On pense notamment aux mini-stores (qui contiennent du plomb) et aux jouets en vinyle (contenant des phthalates). À mesure que notre économie s'intègre davantage à l'économie mondiale, il s'avère essentiel de protéger de façon constante les enfants et leurs vulnérabilités particulières contre les produits de consommation. De plus, dans une économie axée sur le marché, il faudra assurer que les droits des enfants à la protection, à l'éducation et aux loisirs sont bien respectés et que les enfants des autres pays ne sont pas exploités pour des raisons économiques (Patrimoine canadien, 1991).

L'ère de l'information et de la communication

Les progrès réalisés sur le plan de la communication de l'information offrent de nombreux avantages comme la communication rapide et la récupération de l'information. Les technologies comme l'informatique et Internet changent notre façon de vivre, de travailler, d'apprendre et de communiquer avec les autres. Les ordinateurs ont sensiblement augmenté la capacité de traiter et d'analyser des données. Cependant, la capacité de l'esprit humain d'absorber et de traiter cette information n'a pas changé.

Étant donné la rapidité avec laquelle les ordinateurs ont envahi la vie de nos enfants, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'école, on ne saisit pas complètement l'effet possible de la technologie sur leur santé. Les ordinateurs ont la capacité de réorganiser la nature de l'apprentissage traditionnel. Comme ces outils font partie de la vie d'un enfant dans les établissements publics, dans les bibliothèques et à la maison, nous devrons mieux comprendre les risques contre lesquels nous devrons protéger les enfants. Par exemple, la publicité cible de plus en plus les enfants; l'internet peut mener à une plus grande exposition à la pornographie et à l'exploitation sexuelle, à la littérature haineuse et à la violence. Les nouvelles technologies vont changer de façon radicale la façon de s'amuser des enfants, d'apprendre et de communiquer avec les autres. En passant plus de temps devant l'ordinateur, ils pourraient faire moins d'activité physique ou d'interaction sociale.

Ces technologies peuvent aussi créer un écart entre les familles qui ont peu d'information et celles qui en ont beaucoup, parce que les enfants de familles pauvres auront probablement moins accès à un ordinateur, au courrier électronique et à l'internet. Toutefois, une plus grande disponibilité des ordinateurs à l'école et dans la communauté et leur accessibilité accrue pourront compenser quelque peu cette tendance.

Le vieillissement de la population

Étant donné l'espérance de vie à la hausse et le taux de natalité à la baisse, la proportion croissante de personnes âgées de 65 ans et plus de la population canadienne influera grandement sur la société et les enfants. Vers la moitié du XXI[e] siècle, on prévoit que les gens du troisième âge seront plus nombreux que les enfants et les jeunes, ce qui pourrait accentuer la concurrence entre les deux groupes à l'égard des fonds publics. La société voit les besoins des personnes âgées comme une responsabilité collective partagée par la famille et le gouvernement, alors que élevé des enfants est une question privée laissée à la famille.

Les préoccupations pour les enfants peuvent sembler moins importantes parce que les gens du troisième âge, contrairement aux enfants, sont une force politique représentée par des groupes de pression. Malheureusement, la préoccupation pour les enfants et les personnes âgées de notre société se concentre souvent sur les questions de séparation et d'isolement. La réaction intergénérationnelle est un bon antidote à la tendance à séparer les gens selon l'âge. Le rapprochement des générations devrait reposer sur l'équité et la justice sociale et non sur des lobbyistes en matière de politique et d'économie (Good, 1995).

Étant donné l'espérance de vie à la hausse et le taux de natalité à la baisse, la proportion croissante de personnes âgées de 65 ans et plus de la population canadienne influera grandement sur la société et les enfants. Vers la moitié du XXI[e] siècle, on prévoit que les gens du troisième âge seront plus nombreux que les enfants et les jeunes.

La participation des enfants

Jusqu'à récemment, demander aux enfants ce qu'il leur faudrait à l'avenir pour devenir des adultes en bonne santé n'était pas une priorité. On ne leur demande pas souvent leurs points de vue, et ils participent rarement à la planification et à l'élaboration de politiques et de programmes qui répondent à leurs besoins. Cet oubli existe parce qu'on n'a pas pris l'habitude de consulter les enfants, même sur des questions qui les concernaient, et parce que les enfants sont parmi les groupes sociaux les plus impuissants (Mullen, 1981); ils ne siègent pas aux comités influents, la plupart d'entre eux ne peuvent pas voter, ils n'ont pas la force des lobbyistes et l'on fait peu d'efforts pour les amener à participer activement.

Il faut se rendre compte, cependant, que les enfants comprennent le comportement des autres enfants et voient le monde comme les autres enfants le voient (Mayall, 1997). Ils ont aussi une opinion sur ce qui les rend en santé (Santé Canada, 1993) et sur ce qui fait de leurs communautés, de leurs écoles et de leurs rues des endroits sécuritaires et de meilleurs endroits où vivre (Guérin, 1988).

Ayant signé (1989) et ratifié (1991) la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, instrument international complet sur les droits de l'enfant, le Canada convenait d'assurer aux enfants le droit d'exprimer leurs vues et d'avoir leurs vues prises en considération, de reconnaître leur capacité, leur motivation et leur aptitude et à les encourager à devenir des participants actifs de notre société (Patrimoine canadien, 1991). Au cours des prochaines années, un des objectifs essentiels sera d'encourager les secteurs de la société à réagir aux vues des enfants et des jeunes et d'accroître leur participation active dans leurs communautés et dans les programmes ciblant leur santé et leur bien-être. Le rapport intitulé *Le Progrès des enfants au Canada* (CCDS, 1998a, p. 5) montre que plus de communautés tentent de trouver une façon de faire participer les jeunes de manière significative à leurs communautés lorsqu'elles planifient des programmes et des services axés sur les enfants et les jeunes.

Conditions et tendances

À l'aube du XXI[e] siècle, une vision logique pour l'avenir serait de s'assurer que les enfants et les jeunes du Canada voient leur santé et leur bien-être s'améliorer. Cela peut sembler un concept original et innovateur, mais valoriser tous les enfants et les jeunes au Canada et partager la responsabilité de leur développement sain ne sont pas des idées nouvelles (Santé Canada, 1995; Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1998). Comme dans le passé, plusieurs questions essentielles peuvent créer des obstacles à la réalisation de cette vision, malgré tous les efforts que nous faisons. La collaboration entre les divers secteurs demeure essentielle pour effectuer cette vision alors que nous approchons du millénaire et que nous nous débattons avec un monde changeant et de plus en plus complexe.

La section ci-dessous met en valeur certaines tendances essentielles que renferme ce document et cible des secteurs où concentrer nos efforts de collaboration.

Le revenu et le statut social

La pauvreté de l'enfant et de la famille

Un enfant sur cinq vit dans la pauvreté, et le nombre d'enfants et de familles pauvres a augmenté de 60 % depuis 1989 (Campagne 2000, 1998). Qu'on définisse la pauvreté selon le revenu, l'emploi, la classe sociale ou l'éducation, il y a un lien direct entre ces facteurs et la santé et le développement de l'enfant et des jeunes (Hertzman, 1999). Les ouvrages sur la pauvreté regorgent de statistiques liant la pauvreté à un plus grand risque de problèmes de santé, de handicap et de décès (ICSI, 1994; Vanderpool et Richmond, 1990; Evans et Stoddart, 1990). Les enfants qui grandissent dans la pauvreté sont souvent moins susceptibles de pouvoir apprendre, et plus passibles d'être désignés par l'enseignant comme ayant un rendement inférieur, de décrocher, d'avoir un trouble des conduites, des problèmes affectifs, des démêlés avec la justice

et d'adopter un comportement à risque. De fait, la pauvreté est reconnue comme le déterminant le plus important de la santé des enfants (Evans et Stoddart, 1990).

Conclusion : *La pauvreté infantile influe sur la santé et le bien-être actuels et futurs des enfants et de leur famille. Les enfants sont pauvres parce que leurs parents le sont. Pour promouvoir le développement sain des enfants, il faudra donc déployer absolument des efforts qui favorisent un revenu adéquat, des possibilités d'emploi, une formation appropriée ou des possibilités d'études postsecondaires ou les deux, et voir à l'existence de programmes de santé et de programmes sociaux accessibles et complets. Régler la pauvreté infantile sera un défi clé au XXI^e^ siècle.*

La répartition du revenu

De la même façon, on détermine la santé et le bien-être d'une population par la façon dont la société répartit ses richesses. La façon de le faire au Canada est loin d'être équitable. La tendance est à une inéquité de plus en plus grande entre les salariés à faible revenu et à revenu élevé (Statistique Canada, 1997). La documentation sur la santé de la population montre que les populations des pays où l'écart entre les riches et les pauvres est plus petit ont une espérance de vie plus grande (Evans, Barer et Marmor, 1994). Par contre, dans les pays où les inégalités sociales sont plus grandes, la population est moins en santé. Des études effectuées dans des pays industrialisés montrent que les taux de mortalité des enfants sont liés non seulement à la pauvreté, mais aussi à des inégalités sociales de plus en plus grandes sur le plan de la richesse (Krieger, Williams et Moss, 1997).

Conclusion : *Pour favoriser le développement sain optimal des enfants canadiens et de leur famille, il faudra prendre des initiatives pour redresser les inégalités sur le plan du revenu entre les familles à faible revenu et les familles à revenu élevé.*

Sécurité sur les plans du logement et de l'alimentation

Bien que la plupart des familles canadiennes demeurent dans des logements convenables, sécuritaires et abordables et qu'elles ont accès à un approvisionnement en vivres sûr, il reste des problèmes. La sécurité sur les plans du logement et de l'approvisionnement en vivres est plutôt fragile pour les populations autochtones, notamment pour celles qui vivent sur les réserves. En général, les familles à faible revenu continuent de dépenser un pourcentage passablement plus élevé de leurs dépenses globales pour la nourriture et pour le logement que les familles à revenu élevé. Près d'un ménage sur dix est incapable de trouver un logement répondant aux normes nationales ou les dépassant (SCHL, 1993). En 1995, quelque 900 000 enfants ont reçu de la nourriture d'une des quelque 460 banques alimentaires au pays (Association canadienne des diététistes, 1996).

Conclusion : *La disponibilité de logements adéquats, sécuritaires et abordables et leur accessibilité, en plus d'un approvisionnement en vivres sûr et nutritif pour toutes les familles canadiennes sont des éléments essentiels pour favoriser le développement sain de l'enfant.*

L'emploi et le milieu de travail

La participation des parents à la population active

Un emploi rémunéré est l'élément central de notre société. De plus en plus, cependant, des gens avec des enfants pourront se retrouver dans un emploi à temps partiel, donc gagnant un faible revenu, jouissant de peu d'avantages sociaux et en situation d'insécurité très élevée. Le taux de chômage va probablement demeurer très élevé tandis que l'économie canadienne continue de subir une forte concurrence pour des emplois peu spécialisés sur le marché mondial. L'incertitude économique continue aura tendance à nuire à la santé des enfants et à celle des membres de leur famille et pourra contribuer à une moins bonne santé physique et mentale ainsi qu'à une plus grande consommation d'alcool, à l'agression, au divorce et à la violence envers les enfants (Dooley, Fielding et Levi, 1996).

Conclusion : *La disponibilité d'emplois stables et bien rémunérés associés à de bons avantages sociaux pour les familles canadiennes et la disponibilité de possibilités d'études et de formation appropriées, et leur accessibilité, pour exercer un emploi dans le futur seront des défis importants au siècle prochain. Il sera crucial d'offrir des services de soutien accessibles à ceux et à celles qui ne sont pas sur le marché du travail en aidant les familles à élever des enfants en santé et engagés socialement.*

Le travail et rôle parental

Un important changement dans la vie familiale canadienne est le temps que les parents passent au travail. Les familles de nos jours ont souvent besoin de deux revenus pour survivre, ce qui a amené une augmentation de la participation des femmes à la population active. D'après les statistiques les plus récentes, plus de deux tiers des femmes ayant des enfants d'âge préscolaire travaillent à l'extérieur du foyer, de même que les trois quarts des mères qui ont des enfants d'âge scolaire (Gunderson, 1998). Depuis dix ans, ces chiffres ne se sont pas stabilisés et continueront sans doute d'augmenter. Les familles où les deux parents travaillent sont exposées au stress, à la fatigue et à la double responsabilité d'avoir à équilibrer les responsabilités familiales et professionnelles. Ces difficultés, les femmes les vivent de façon très disproportionnée.

À ce jour, la réponse du gouvernement, du monde des affaires et des communautés au besoin de services de garde d'enfants se fait attendre (Paris, 1989). Alors que le gouvernement fédéral songe à augmenter le nombre de places en garderie, sous réserve d'une entente avec les provinces, il n'y a pas de programme national de garde d'enfants. Si le manque d'appui du gouvernement et des secteurs public et privé se maintient, moins d'enfants recevront le soutien approprié, le maternage et la stimulation nécessaires au cours des premières années, les années les plus critiques, de leur développement, et ils n'auront pas la base requise pour pouvoir réussir plus tard à l'école et au travail.

Conclusion : *Comme il est probable que dans la majorité des familles canadiennes les deux parents continueront de travailler au XXI^e siècle, les parents, et surtout les femmes, auront besoin d'un environnement de soutien si la société veut des familles en santé et bien développées. Il faudra s'efforcer de régler le problème de répartition du temps des parents en favorisant un milieu de travail plus souple, plus équilibré et qui tienne plus compte des besoins des familles, et en établissant divers services de garde d'enfants de qualité et des programmes de ressources familiales accessibles à tous.*

L'emploi chez les jeunes

Le taux de chômage est beaucoup plus élevé chez les jeunes que dans la population en général. On remarque qu'il y a davantage de chômage chez les jeunes gens qui n'ont pas terminé leurs études secondaires, et c'est particulièrement vrai pour les jeunes filles qui ont décroché au secondaire (Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996). On a établi un lien bien précis entre un niveau d'éducation plus élevé et l'emploi. Les personnes qui poursuivent des études postsecondaires sont plus susceptibles d'obtenir un emploi mieux rémunéré et plus sécuritaire, ce qui peut aussi améliorer leurs chances que cela engendre des répercussions positives sur leur santé.

La participation des jeunes à la population active est à son plus bas niveau depuis 25 ans; les taux d'emploi chez les jeunes sont affectés par les cycles économiques et les changements structurels dans l'économie. Étant donné la situation économique des années 1990, les jeunes gens se disent découragés à l'égard des possibilités d'emploi et saisissent bien l'importance des études et du perfectionnement des compétences pour les préparer au succès à l'avenir. Alors que des étudiants travaillant plus de 15 à 20 heures par semaine risquent plus d'avoir un rendement scolaire pauvre et un mode de vie malsain, ceux qui travaillent un nombre modéré d'heures par semaine ou qui ne travaillent que l'été semblent s'épanouir (CCDS, 1998b). On se préoccupe de plus en plus de ce que les adolescents aient moins d'occasions de se qualifier pour un emploi, de gagner leur propre argent ou de se mettre de l'argent de côté pour leurs études postsecondaires. Le côté positif de cet état de fait est que le taux de bénévolat chez les adolescents et les jeunes adultes a augmenté sensiblement depuis 10 ans, et plusieurs d'entre eux ont pu acquérir de l'expérience quasi professionnelle (CCDS, 1998b).

Conclusion : *Comme l'emploi augmente chez les jeunes les compétences à l'employabilité et l'expérience en vue d'un emploi futur, la disponibilité des postes de débutant à temps partiel et à court terme et leur accessibilité continueront d'être essentiels pour qu'ils aient des possibilités d'emploi dans le futur. La création de liens de soutien au sein de la communauté scolaire, dans le milieu du travail et dans les organismes communautaires peut aider à fournir aux jeunes plus d'occasions à la fois d'acquérir de l'expérience de travail et de contribuer à leur communauté. De plus, il leur sera important d'avoir la possibilité de retourner dans le système d'enseignement régulier pour terminer ou parfaire leurs études ou les réorienter, s'ils veulent améliorer leurs chances d'avoir une santé et un bien-être meilleurs pour eux et pour leurs familles.*

L'éducation

L'éducation est une des meilleures voies pour augmenter les chances d'une personne de participer pleinement à la société, de s'assurer une meilleure sécurité économique et d'obtenir un emploi significatif et satisfaisant.

La tendance vers une économie axée sur les connaissances influera de façon décisive sur le besoin d'avoir plus d'années de scolarité. Sinon, l'avenir des jeunes sera compromis et certains groupes seront oubliés. Les Autochtones et les personnes élevées dans une famille à faible revenu risquent davantage de tirer de l'arrière. Bien que les enfants autochtones aient sensiblement amélioré leur niveau d'éducation, ils ne sont toujours pas sur un pied d'égalité avec les élèves non autochtones (Statistique Canada, 1993).

La maturité scolaire

Les premières années de la vie sont essentielles. La petite enfance est une période critique pour acquérir la langue de base, les compétences intellectuelles, interpersonnelles et sociales qui détermineront le bien-être d'un enfant et la compétence d'un adulte. Alors que la plupart des enfants qui entrent à l'école sont disposés à apprendre, certains enfants, ceux qui vivent dans la pauvreté par exemple, sont moins bien équipés. De même, alors que la plupart des enfants arrivent à l'école prêts à apprendre chaque jour, ceux qui ont faim, qui sont fatigués, qui ont peur ou qui sont stressés à cause de problèmes familiaux, personnels, scolaires ou financiers auront souvent de la difficulté à se concentrer et à apprendre.

Il faut encourager les occasions d'apprentissage pour les enfants en bas âge et d'âge préscolaire et leur offrir de bons programmes pour donner aux enfants les habiletés d'apprentissage de base, l'estime de soi et les habiletés sociales avant d'entrer à l'école. Il est plus efficace d'investir dans des mesures de prévention et de rattrapage pour les enfants au début de leur vie que de les introduire à l'âge adulte.

Conclusion : *Comme la maturité scolaire est un indicateur de rendement scolaire futur, de situation professionnelle et de niveau socioéconomique subséquent, il faudra prendre des mesures pour s'assurer que tous les enfants ont l'occasion de participer à des activités d'apprentissage stimulantes dans la petite enfance et à l'âge préscolaire. L'identification précoce et des mesures d'intervention et de rattrapage seront nécessaires pour les enfants et les jeunes qui ont des problèmes à l'école et des problèmes liés à l'apprentissage, pour relever les défis et assurer un développement sain.*

Rester à l'école

Rester à l'école est un bon passeport pour la vie, et de plus en plus d'enfants choisissent cette solution. Il y a moins de départs prématurés de l'école au cours des dernières décennies, ce qui donne à penser que la jeunesse d'aujourd'hui sera plus apte au travail et plus en mesure de répondre tant à ses besoins qu'à ceux du marché mondial (Normand, 1995). Malheureusement, étant donné l'augmentation régulière des frais de scolarité dans les établissements d'enseignement postsecondaire, plusieurs de ces jeunes gens seront peut-être incapables de poursuivre leurs études postsecondaires. De plus, la réduction

des bourses d'étudiants en faveur de prêts signifie que ceux qui décident de poursuivre leurs études auront accumulé une dette appréciable à l'obtention de leur diplôme.

Conclusion : *Étant donné que le niveau d'éducation, l'emploi et la situation socio-économique sont des déterminants de la santé si étroitement interreliés, la disponibilité des établissements d'enseignement et leur accès équitable continueront d'être des éléments essentiels pour la santé et le bien-être futurs des enfants du Canada et de leurs familles. Les enfants de certains groupes de la population, tels les enfants autochtones, ceux de familles à faible revenu ou de groupes d'immigrants, pourront avoir besoin de plus de soutien pour rester à l'école.*

L'environnement social

La santé et le bien-être de la famille sont au cœur du sain développement de l'enfant. L'amour et l'affection des parents pour leurs enfants les premières années auront souvent un effet important sur le développement de l'enfant. De même, une stimulation intellectuelle précoce, comme parler à un enfant ou lui faire la lecture, influera sur la capacité d'apprentissage et sur la compétence linguistique de l'enfant. Les enfants qui ont quelqu'un avec qui s'amuser sont moins susceptibles d'avoir de la difficulté à s'adapter socialement. Quelle que soit l'approche que leurs parents utilisent, les enfants ont constamment besoin de leur amour et de leur attention. Les enfants dont les parents participent à leur développement (en assistant à des activités à l'école, en les aidant à faire leurs devoirs, en assistant à des compétitions sportives) ont tendance à mieux réussir à l'école, à avoir de plus grandes aspirations et une relation plus positive avec leurs enseignants (CCDS, 1997).

Les enfants dont les parents participent à leur développement (en assistant à des activités à l'école, en les aidant à faire leurs devoirs, en assistant à des compétitions sportives) ont tendance à mieux réussir à l'école, à avoir de plus grandes aspirations et une relation plus positive avec leurs enseignants.

L'environnement familial

Des changements sociaux et démographiques remarquables ont transformé la famille. Alors que la structure familiale dominante consiste toujours en un couple marié avec des enfants, et que la plupart des enfants vivent en famille avec les parents mariés, un nombre grandissant d'enfants demeurent avec un seul parent, et de plus en plus de familles se brisent ou se reconstituent. Depuis trente ans, le taux de divorce au Canada est cinq fois plus élevé, et ces taux continueront d'augmenter si la tendance observée dans d'autres pays se manifeste au Canada (Richardson, 1996). Par exemple, quelque 30 % des mariages au Canada finissent par un divorce, comparativement à quelque 44 % des mariages américains (Dumas, 1997).

Les ouvrages sur le développement des enfants regorgent de preuves que le milieu familial a une influence importante sur la santé et le bien-être de l'enfant et que l'amour et l'affection des parents, la stabilité et la constance au foyer sont très importants pour déterminer

ce qui arrive à un enfant. La séparation des parents influe sur la famille — comment les membres agissent entre eux, et comment les parents répondent aux besoins des enfants en matière de développement, d'éducation et de loisirs. Bien que la plupart des enfants de parents divorcés manifestent une courbe normale de croissance et de développement, cette expérience chez certains enfants nuira à leur développement. Il semble qu'en tant que groupe les enfants de parents divorcés ont plus de problèmes de santé mentale, d'estime de soi, de rendement scolaire et de confiance dans leur rendement futur, en comparaison avec les enfants qui viennent de foyers unis ou qui vivent avec un parent veuf (McClosky, 1997). Les pères divorcés peuvent perdre contact avec leurs enfants; la recherche dans ce domaine montre que, lorsque les pères sont absents, les enfants peuvent vivre une gamme d'effets étendue comme décrocher de l'école, devenir mère à l'adolescence ou avoir un sentiment durable de trahison, de rejet, de rage, de culpabilité et de douleur qui peut mener à la dépression et au suicide (Hewlett et West, 1998). Le taux croissant de divorces et l'éclatement des familles peuvent entraîner une instabilité chez ces jeunes qui risquent de mal s'adapter.

***Conclusion** : Renforcer et soutenir les différentes constitutions de famille dans leurs rôles d'éducation des enfants seront toujours des défis importants. Les programmes scolaires et communautaires qui fournissent de l'information sur l'art d'être parent, sur le développement de l'enfant et sur les services de soutien disponibles, de même que les programmes d'intervention précoce, seront toujours essentiels. En outre, les initiatives qui confirment que l'éducation des enfants n'est la responsabilité unique des familles mais aussi une responsabilité de la société deviendront de plus en plus importantes.*

La violence familiale

La violence et la négligence à l'égard d'un enfant, la violence psychologique et l'agression sexuelle sont toutes des manifestations de violence contre les enfants. Il n'y a pas de données nationales à l'heure actuelle, mais on est à prendre des mesures pour mieux en évaluer les incidences (Phaneuf et Tonmyr, 1998). Une étude récente laisse supposer que les statistiques actuelles sous-estiment probablement le vrai niveau d'agression sexuelle sur les enfants au Canada (Holmes et Slap, 1998). On estime que les comportements violents à l'endroit des enfants sont nombreux et les taux iront en augmentant si les enfants grandissent dans un contexte de pauvreté, de logement inadéquat, de familles dysfonctionnelles, d'abus d'alcool et d'autres drogues et de violence générale dans les écoles et à la télévision.

***Conclusion** : Réduire la violence contre les enfants au moyen de programmes de sensibilisation et de prévention demeurera un défi important au cours du nouveau millénaire. Pour ceux et celles qui sont dans le plus grand besoin, on pourrait prendre certaines mesures positives pour régler la violence, par exemple des programmes communautaires sur l'art d'être parent ou des programmes de visites à domicile, qui se concentrent sur les habiletés positives des parents et sur la socialisation dès la petite enfance. De plus, des programmes de résolution de conflits, de prévention de la violence et de développement d'habiletés sociales, de pair avec le soutien des collectivités, pourraient aider les enfants et les familles qui risquent d'être victimes de violence de se développer d'une manière plus saine.*

L'environnement naturel et l'environnement créé

L'exposition aux dangers chimiques et biologiques

L'effet des contaminants environnementaux sur la santé des enfants retient de plus en plus l'attention du et public se tourne vers les questions environnementales, les examine et s'en préoccupe de façon active (Commission mixte internationale, 1997; Slovic, 1993). Même si l'on reconnaît que les enfants courent un risque particulier par rapport aux adultes, les tests visant à déterminer l'effet des produits chimiques sur les enfants n'en sont toujours qu'à leurs débuts (Committee on Pesticides, 1993).

Les contaminants environnementaux qui menacent la santé des enfants se trouvent dans l'air atmosphérique et dans l'air à l'intérieur, dans la nourriture, dans l'eau et dans le sol. Il y a par exemple la fumée secondaire, les contaminants biologiques comme la moisissure et les acariens détriticoles, les métaux lourds comme le plomb et les produits chimiques comme les pesticides et les BPC. Les enfants exposés à de tels contaminants risquent davantage d'avoir des problèmes de santé, y compris des troubles respiratoires et de l'asthme, des problèmes de comportement et d'apprentissage, ainsi qu'un retard de développement (Committee on Health, Safety and Food, 1997).

***Conclusion** : Tout en pensant à la plus grande vulnérabilité des enfants, il faudra établir et appliquer des normes gouvernementales pour contrôler et surveiller les polluants dans l'air, l'eau, la nourriture et l'environnement créé.*

Il faudra offrir et mettre à la disposition de tous les parents canadiens, y compris ceux qui ont de faibles capacités de lecture et d'écriture ou qui ont un handicap, des programmes d'information qui insistent sur l'importance d'un environnement intérieur sain et sur le besoin de diminuer l'exposition à la fumée secondaire à la maison, aux produits chimiques, aux allergènes biologiques provenant de la poussière, des animaux, des parasites ou de la moisissure. Il faudra améliorer, surveiller et appliquer les règlements, les normes et les politiques en place pour d'autres espaces publics comme les écoles, les installations de loisirs et de transport, les parcs et les terrains de jeux.

Les blessures involontaires

L'environnement créé, qui comprend le foyer, les écoles, les parcs, les terrains de jeux, présente un risque important de blessure pour les enfants. Comparativement à ceux des années précédentes, les taux d'hospitalisation et de décès par suite de blessures se sont nettement améliorés. Néanmoins, les blessures, y compris celles qui surviennent par suite d'une chute, d'une noyade ou d'une collision de la route sont la cause principale de décès chez les enfants de un an et plus (ICSI, 1994). Il faut considérer ces décès par blessures comme la partie émergée « l'iceberg-blessure »; ces décès ne sont qu'une faible manifestation de la réalité, mais ils sont les plus évidents et peut-être la conséquence la plus dramatique des blessures; la plus grande partie de l'iceberg, toutefois, est la partie la moins évidente, celle qui est submergée — les blessures non mortelles, qui entraînent une hausse des coûts personnels et de soins de santé (Angus et coll., 1998).

La pauvreté est un facteur de risque important qui contribue aux blessures subies durant l'enfance. Les enfants pauvres risquent davantage de se blesser parce qu'ils sont d'habitude exposés à un environnement plus dangereux (p. ex., vivre dans des nids-à-feu, jouer dans la rue) (Rivara, 1994). Il y a des dangers où l'on peut associer l'écart grandissant des revenus et l'augmentation de la pauvreté infantile aux taux croissant de blessures.

La plupart des blessures sont évitables, et on a noté les succès réalisés à ce chapitre (Santé Canada, 1997); mais tout n'est pas réglé, et le problème est toujours de proportion épidémique.

Conclusion : *Étant donné que les blessures involontaires se produisent plus à la maison qu'ailleurs, surtout dans le cas des très jeunes enfants, le gouvernement devra réglementer davantage pour améliorer la sécurité des produits et des jouets que l'on trouve dans les foyers et sensibiliser encore plus les parents à la sécurité à la maison. À l'extérieur de la maison, promouvoir des normes de sécurité dans les écoles, les parcs, les terrains de jeux, les secteurs de circulation et dans les autres espaces où les enfants vivent et jouent est aussi important. L'éducation routière des enfants et des jeunes, dès leur jeune âge, pourrait aussi réduire les blessures de la route.*

Les pratiques de santé personnelles

Des comportements positifs, propices à la santé constituent un déterminant important de la santé des enfants et des jeunes et de la santé future de nos enfants en tant qu'adultes. On peut relier plusieurs handicaps et problèmes de santé chroniques des adultes à un comportement négatif à l'égard de la santé, enraciné dès la petite enfance ou à l'adolescence (Committee on Health, Safety and Food, 1997). L'adolescence est sans doute la période que l'on associe le plus avec l'apparition de l'usage du tabac, de la consommation d'alcool et de drogues et des relations sexuelles précoces, protégées ou non, et d'un mode de vie plus sédentaire.

L'usage du tabac chez les enfants et les adolescents

Le nombre total de fumeurs canadiens a diminué depuis 1981 (Statistique Canada, 1995). Même si la prévalence de la consommation de tabac est à la baisse chez les adultes, elle augmente chez les adolescents. Ces dernières années, l'incidence de l'usage du tabac chez les femmes de 15 à 19 ans est passé de 18 % en 1990 à 21 % en 1998 (King, Boyce et King, 1999).

Malheureusement, malgré de nombreux efforts pour limiter l'accès des jeunes au tabac, la désapprobation des pairs à l'égard de la consommation de tabac et la proportion d'élèves qui voient le de l'usage du tabac comme dangereux ont tous deux diminué (Forster et Wolfson, 1998). L'industrie du tabac continue sa publicité dans les magazines et présente la consommation du tabac sous des couleurs séduisantes dans la culture populaire, dans les sports et dans les films. On peut s'attendre à une hausse constante du taux de consommation de tabac chez les jeunes tant que les mesures du gouvernement demeureront inefficaces. C'est pourquoi, à long terme, les taux relatifs aux pertes de vie dues à une maladie du cœur, aux nouveaux-nés ayant un poids insuffisant à la naissance, aux personnes souffrant d'asthme continueront d'augmenter ou demeureront stables.

Conclusion : *Les efforts pour contrer l'usage du tabac chez les femmes enceintes et chez les enfants et les jeunes — notamment chez les jeunes adolescentes — nécessiteront une approche globale à laquelle participeront tous les paliers de gouvernement de tous les secteurs pertinents, y compris les familles, les écoles, les communautés d'affaires, les organismes communautaires et les jeunes eux-mêmes. Le gouvernement a déjà entrepris d'importantes initiatives comme celles de fixer et d'appliquer des limites d'âge pour se procurer des produits du tabac, d'empêcher les jeunes gens d'être exposés à toutes sortes de publicité sur le tabac et d'augmenter le prix du tabac pour décourager les jeunes de fumer. Malgré cela, le gouvernement doit inclure dans ces initiatives non seulement des politiques et des lois, mais tout le continuum des politiques et des programmes, à partir des programmes de promotion de la santé et de prévention primaire jusqu'à la cessation et l'application des règlements actuels.*

Les relations sexuelles précoces et non protégées

Le comportement sexuel des adolescents a beaucoup changé au cours des dernières décennies. L'activité sexuelle se produit à un plus bas âge. L'initiation à l'activité sexuelle se fait maintenant en moyenne avant l'âge de 13 ans. On estime que 12 % des jeunes femmes ont eu au moins une relation sexuelle avant d'avoir 15 ans. Ce pourcentage passe à 83 % des jeunes femmes (celles qui sont âgées de 15 à 19 ans) qui déclarent avoir eu un partenaire sexuel au cours de l'année qui vient de s'écouler (ICSI, 1994). On estime à plus de la moitié le nombre de jeunes gens qui utilisent un condom lors de leur première relation sexuelle (Otis, 1995, tel que cité dans Godin et Michaud, 1998). Mais il est quelque peu alarmant de constater que la majorité des jeunes femmes n'en utilise pas; de plus, une femme sur quatre âgés de 12 à 14 ans qui sont actives sexuellement, n'utilise aucune forme de méthode contraceptive, augmentant ainsi le risque de grossesse (Galambos et Tilton-Weaver, 1998; ISCI, 1994).

Conclusion : *Tout effort visant à aborder l'effet de l'apparition précoce de l'activité sexuelle et des relations sexuelles non protégées doit inclure une bonne éducation sexuelle convenant à l'âge, qui soit fondée sur la biologie et sur les compétences. Il importe de fournir de l'information accessible sur les méthodes de contraception, adaptée pour promouvoir le développement sain de l'adolescent. Il est tout aussi important de se concentrer sur les divers aspects sociaux et affectifs d'une relation sexuelle, comme la communication, le respect mutuel et la compréhension.*

La grossesse chez les adolescentes

Même si le taux de grossesse chez les adolescentes au Canada est inférieur à ce qu'il était il y a 20 ans, il est demeuré relativement stable depuis les années 1980 (ICSI, 1994). Il faut toutefois se préoccuper du fait que ce taux au Canada continue d'être supérieur à celui de plusieurs autres pays industrialisés (ICSI, 1994). Il faut s'en préoccuper, vu l'association à faire avec les répercussions défavorables sur les plans social et économique et sur la santé. Une adolescente-mère, par exemple, cherchera probablement moins à obtenir des soins prénatals (une telle absence de soins pourrait avoir des répercussions défavorables sur l'accouchement) et sera plus susceptible d'abandonner l'école et de vivre dans la pauvreté.

De plus, on a grandement ignoré les besoins de santé liés à la fonction reproductrice des adolescentes en tant que groupe. Par exemple, les jeunes femmes hésitent peut-être à chercher une méthode de contraception à cause du stigmate de la promiscuité associé à la préparation à la contraception. De plus, l'accessibilité à une méthode contraceptive est quelquefois limitée, si le médecin doit obtenir le consentement du père ou de la mère de la jeune femme, ou de la personne qui en est responsable, pour lui prescrire un contraceptif.

***Conclusion** : Il faut éduquer les jeunes gens quant à une saine sexualité et aux risques biologiques, physiologiques, sociaux, affectifs et économiques associés à une grossesse durant l'adolescence. De plus, il faut fournir une gamme de services éducatifs et de soutien aux adolescentes-mères avant, pendant et après la naissance de l'enfant pour assurer le développement optimal de celui-ci.*

L'activité physique durant l'enfance et l'adolescence

On a bien établi la relation entre l'activité physique ordinaire et les résultats positifs pour la santé (Simons-Morton et coll., 1988). L'exercice régulier protège contre plusieurs maladies chroniques. En outre, l'activité physique durant l'enfance aide à maintenir un poids normal, améliore l'estime de soi, augmente les connaissances, influe sur les habitudes d'une alimentation et d'un sommeil sains, et aide à adopter des attitudes et des comportements positifs qui persisteront probablement jusqu'à l'âge adulte (Simons-Morton et coll., 1988).

L'activité physique durant l'enfance aide à maintenir un poids normal, améliore l'estime de soi, augmente les connaissances, influe sur les habitudes d'une alimentation et d'un sommeil sains, et aide à adopter des attitudes et des comportements positifs qui persisteront probablement jusqu'à l'âge adulte.

Tous s'entendent pour dire que le programme d'éducation physique d'une école aide les enfants à apprendre, à apprécier l'activité physique et à s'y intéresser. Malheureusement, les récentes réductions dans les cours d'éducation physique et les hausses des droits d'usager pour les programmes communautaires vont sans doute avoir une influence défavorable sur le risque de maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires et modifier le risque de répercussions à court terme, comme l'obésité et une pauvre estime de soi.

***Conclusion** : Il faut se concentrer à élaborer et à implanter des stratégies qui encouragent les enfants à un très jeune âge et les adultes modèles à adopter un mode de vie axé sur l'activité physique et à le maintenir tout au long de leur développement. Les familles ont besoin d'activités abordables disponibles et accessibles dans leurs communautés pour encourager la participation régulière à une activité physique. De plus, il faut offrir des activités physiques pertinentes et intéressantes et les rendre accessibles aux jeunes gens tout au long de leur développement, et même durant l'adolescence. Il faut au moins maintenir des cours quotidiens d'éducation physique de qualité dans les écoles primaires et secondaires.*

Les capacités individuelles et les habiletés d'adaptation

Le bien-être mental

Les menaces pour la santé des enfants ont changé de façon remarquable depuis 50 ans. Nous avons échangé nos préoccupations biologiques, les maladies infectieuses par exemple, pour des « états calmes » qui ne font pas se précipiter les enfants aux services d'urgence. Dévolus à un moment donné comme responsabilité des parents, les problèmes de bien-être mental se composent, entre autres, de problèmes de comportement, de difficultés d'apprentissage et de dépression ou de suicide (Vandepool et Richmond, 1990). Les troubles mentaux sont intimement liés à une série de déterminants perturbateurs comme la détresse ou le dysfonctionnement familial, le manque de soutien social, l'insécurité économique et un rôle parental exercé de façon médiocre.

La plupart des enfants canadiens n'ont pas de troubles mentaux. Toutefois, une estimation de l'ampleur des problèmes de santé mentale laisse supposer qu'environ un enfant sur cinq a un problème affectif ou de comportement et un sentiment de dépression et de tristesse, et il semble que les problèmes s'aggravent (Offord et coll., 1992). Il faudra sans doute porter une plus grande attention à ces problèmes de santé au cours de la prochaine décennie. De plus, une fois identifiés, ces problèmes sont mal traités dans le système actuel de soins de santé; celui-ci n'est pas conçu pour satisfaire aux besoins de santé complexes des enfants et il comprend rarement des interventions globales et appropriées sur le plan du développement qui mettent l'accent sur des stratégies de prévention communautaires (Halfon, Inkelas et Wood, 1995).

Conclusion : *Traiter du problème de santé mentale des enfants sera un défi important au cours de la prochaine décennie. Le nombre de problèmes de santé mentale semble augmenter de façon significative; il y a donc un besoin de chercher à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies de prévention primaire et de promotion de la santé mentale axées sur la communauté qui considèrent le fonctionnement familial, la socialisation de l'enfant, la compétence dans l'art d'être parent, les bonnes compétences de vie et le soutien des familles à risque élevé qui vivent de multiples stress environnementaux. De plus, il doit y avoir suffisamment de ressources pour assurer les services nécessaires pour prévenir, déceler et traiter les problèmes de santé mentale à l'école et dans les conditions sociales et dans le système de soins de santé.*

Le suicide

Plusieurs jeunes et enfants réussissent assez bien à traverser l'adolescence. Pour d'autres, l'adolescence est une période marquée par une faible estime de soi, un manque de confiance, la solitude et, pour certains, la dépression. *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI* (ICSI, 1994) a rapporté que la dépression ou le pourcentage de ceux qui se disaient déprimés une fois par semaine ou plus était très élevé et variait sensiblement selon le sexe ou l'âge. Plusieurs enfants ont des problèmes de santé mentale identifiés cliniquement. Ils disent souffrir de stress, avoir une pauvre estime d'eux-mêmes, être mal dans leur peau et se sentir seuls. Les décès par suicide sont à la hausse et le taux de tentatives de suicide est environ 10 à 100 fois plus élevé que les suicides (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population,

1996; Dyck, Mishara et White, 1998). Les taux toujours très élevés de suicide chez les jeunes garçons et les jeunes Autochtones nous préoccupent particulièrement — ils sont presque cinq fois plus élevés que la moyenne nationale (Santé Canada, 1997). Ces taux nous indiquent clairement la détresse que vivent les jeunes d'aujourd'hui.

Le nombre de suicides déclarés ne représente probablement que la pointe de l'iceberg; les décès par suicide à l'heure actuelle sont sous-déclarés, à cause de la tendance de les regrouper sous les décès accidentels ou les décès dus à une cause inconnue. Il faut prendre les mesures appropriées pour prévenir une hausse des suicides, de la dépression ou d'autres manifestations de perturbation à l'adolescence. L'incertitude croissante que leurs études mèneront un jour à un emploi fait partie des stress que vivent les jeunes. Les jeunes doivent avoir l'occasion de faire partie du vrai monde au-delà de l'école. Certains d'entre eux peuvent voter, conduire une voiture, mais ils ont peu d'occasions de participer activement aux activités communautaires avec les adultes (Conseil de la santé du Premier ministre de l'Ontario, 1997).

***Conclusion** : Il faut établir des mesures pour former des professionnels et des personnes qui travaillent avec des enfants et des jeunes tant à identifier les jeunes gens ayant un problème affectif et mental qu'à les diriger vers les programmes ou services appropriés. Il faudra en même temps fournir des interventions accessibles et pertinentes qui pourront réduire les problèmes de santé mentale et le suicide chez les jeunes, notamment dans les groupes à risque élevé, tels les jeunes hommes et les peuples autochtones. On doit faire participer les jeunes à la planification et à la création de ces services, de ces interventions et de ces moyens de soutien dans l'environnement où ils demeurent, apprennent, travaillent et jouent.*

Les facteurs génétiques et biologiques

Les facteurs génétiques et biologiques sont de plus en plus importants, grâce en partie aux grandes améliorations réalisées dans les sciences médicales et en partie aux progrès remarquables de la biologie moléculaire, sciences qui ont révolutionné nos connaissances de la génétique. Des connaissances et une technologie améliorées font en sorte que plus d'enfants atteints d'un handicap chronique comme la fibrose kystique, la dystrophie musculaire ou une infirmité motrice cérébrale survivent. Le nombre et le niveau de services nécessaires pour répondre aux besoins de ces enfants et de leurs familles augmenteront probablement, puisqu'ils cherchent à vivre une vie normale. Par conséquent, on exigera peut-être davantage de la société qu'elle crée un environnement qui soit le plus intégré et stimulant possible pour aider les familles à appuyer le développement optimal de leurs enfants.

De plus, de meilleures connaissances du développement précoce du fœtus et de l'enfant nous permettraient d'identifier de plus en plus de liens génétiques et biologiques avec les troubles du développement. Il faut se protéger contre les dangers possibles du dépistage génétique et de la thérapie

génétique. On pourrait se préoccuper, entre autres, de la liberté de choix de l'individu et de la protection de la vie privée. Les aspects déontologiques et légaux de la confidentialité devraient être abordés parce que l'information génétique ne touche pas seulement l'individu, mais toute la famille.

***Conclusion** : Il faudra se renseigner et créer des mesures de protection contre les dangers possibles du dépistage génétique et de la thérapie génétique, que la société accepte et qui abordent les préoccupations possibles, comme la liberté de choix de l'individu et le droit à la vie privée, ainsi que les aspects déontologiques et légaux de la confidentialité. En outre, la demande de services nécessaires pour examiner les besoins de ces enfants et de leurs familles augmentera probablement, puisqu'ils cherchent à mener une vie normale et à participer à la société.*

Les services de santé et les services sociaux

Au Canada, la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux relèvent des provinces ou des territoires. Le rôle du gouvernement fédéral dans ce secteur esr d'établir et d'administrer les normes nationales du système de santé (p. ex., la *Loi canadienne sur la santé*), d'aider au financement des services de santé et des services sociaux provinciaux et territoriaux par des transferts fiscaux (p. ex., le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux), de s'acquitter d'autres fonctions dont il est chargé en vertu de la Constitution et de participer à d'autres activités liées à la santé, comme la protection et la promotion de la santé et la prévention des maladies.

Les systèmes de santé et des services sociaux au Canada offrent une gamme de services pour promouvoir et protéger la santé. Ces deux systèmes, toutefois, continueront d'avoir beaucoup de défis à relever, dont des restrictions économiques et des exigences fédérales, provinciales et territoriales changeantes, alors qu'on semble tendre vers une approche coordonnée et multisectorielle pour traiter de la santé et du bien-être des enfants. Comme les services sont de plus en plus centralisés, les enfants, les jeunes et leurs familles seront traitées, nous l'espérons, davantage comme une famille ou une personne complète, plutôt que d'être cloisonnés en fonction du service particulier souhaité. Ce faisant, ces secteurs devront s'entendre sur des définitions de problèmes communs, déterminer le processus de travail conjoint et créer des fournisseurs de services polyvalents. Ce qui est plus important, alors que les systèmes de prestation de services deviennent plus intégrés durant le processus de restructuration, c'est qu'il faudra établir des mécanismes qui serviront à surveiller l'efficacité et le rendement de ces nouveaux systèmes configurés et faire part des résultats au public.

***Conclusion** : En fin de compte, nos systèmes de santé et de services sociaux doivent exercer une influence de premier plan et encourager le développement sain de tous les enfants et jeunes du Canada et de leurs familles. Il faudra prendre des mesures pour encourager et assurer la collaboration entre les nombreux secteurs répondant aux besoins des enfants et de leurs familles de façon holistique et intégrée.*

La culture

La culture est un déterminant de la santé important, quoique souvent ignoré. Les influences, qui vont des obstacles aux services nécessaires et de la perte ou de la dévalorisation de la langue et de la culture au racisme et à la discrimination, ont des répercussions directes sur la santé; elles sont expliquées au chapitre 11. Ce qui est évident en examinant ce chapitre, c'est le manque d'information disponible relative aux répercussions culturelles sur la santé. Étant donné la population de plus en plus diversifiée du Canada, les influences culturelles sur la santé demeureront une considération importante pour les praticiens, les chercheurs et les décideurs au sein de plusieurs secteurs.

Conclusion : *Le défi pour le Canada à l'avenir sera de s'assurer que la culture, en tant que déterminant de la santé, a la même considération que les autres influences déterminantes. Une première étape importante consistera à recueillir suffisamment de données et d'information et à les rendre disponibles. Cela nous permettra de mieux comprendre les influences culturelles sur les répercussions sur la santé et de prendre les mesures appropriées pour protéger et améliorer la santé de tous les enfants et jeunes du Canada. Tous ceux et toutes celles qui travaillent avec les enfants, les jeunes gens et leurs familles doivent connaître leurs propres croyances et valeurs culturelles, être conscients de celles des familles avec lesquelles ils travaillent et être disposés à les connaître, à les comprendre et à les accepter.*

Le sexe

Établir son identité sexuelle est un processus très complexe, qui commence dans l'utérus et qui évolue tout au long de l'enfance. Bien que le sexe d'une personne soit déterminé biologiquement et réglementé par les hormones, la notion qu'elle a du sexe et de ses rôles est influencée par l'interaction avec les pairs, les parents, les médias et d'autres facteurs socioculturels.

Le comportement

Il se peut que les rôles du sexe que nous communiquons aux jeunes soient en eux-mêmes source de stress. Par exemple, les attentes sociales à l'égard du comportement « masculin » comprennent l'agression et la prise de risques, que l'on retrouve toutes deux dans la conduite en état d'ébriété et le comportement déviant, qui est considéré comme « viril ».

L'image corporelle

On pourrait dire la même chose de la pression exercée pour être féminine et « belle et mince »; de là la prévalence de l'anorexie et de la dépression (Tipper, 1997). L'obsession de la société pour le poids et l'apparence ainsi que la valeur que la société accorde à la minceur féminine — une valeur confirmée par l'apparition de mannequins et d'actrices ultra minces à la

télévision, dans l'industrie de la mode et dans une multitude de commanditaires de produits diététiques — sont très puissantes. Les troubles de l'alimentation sont un problème courant dans certains pays industrialisés. Au Canada, on ne connaît pas trop le pourcentage de femmes qui souffrent de ces troubles. On sait toutefois que 41 % des filles de 13 ans et 44 % des filles de 15 ans au Canada croient qu'elles doivent perdre du poids (King, Boyce et King, 1999). Considérés comme rares à un moment donné, les troubles de l'alimentation comme l'hyperphagie, la boulimie et l'anorexie continueront d'augmenter sans doute tant que les médias continueront d'encourager la minceur comme un état souhaité et que la société acceptera le message.

Conclusion : *Il faut adopter des mesures à tous les âges et à toutes les étapes du développement et elles doivent l'être par tous ceux et toutes celles qui travaillent avec les enfants et les jeunes gens, pour les encourager à développer un sentiment de soi positif et sain et de bonnes attitudes à l'égard de leur corps. On doit encourager les jeunes gens à examiner de façon critique le rôle des sexes et les stéréotypes qui ont cours dans leurs groupes culturels, la société en général et les environnements dans lesquels ils fonctionnent quotidiennement, comme la famille, l'école, les médias, le travail et au jeu.*

Regard sur l'avenir

Il est important de reconnaître que les enfants ne déterminent ni les circonstances de leur naissance ni les environnements dans lesquels ils grandissent. À bien y penser, il est important de comprendre que les déterminants de la santé décrits dans le présent rapport influent sur la santé des enfants, sur leurs croyances à cet égard et sur leurs comportements. Le soutien de la communauté tout entière est un des moyens les plus efficaces de promouvoir le développement sain de l'enfant.

Les défis présentés comportaient plusieurs enjeux primordiaux qui soulèvent d'importantes questions en matière de recherche et de politiques, alors que nous abordons la question de la santé des enfants au cours du prochain centenaire. D'autres défis se dessinent, si l'on examine les tendances notées dans toute la gamme des déterminants. La santé, d'après le cadre des déterminants de la santé, se détermine par l'interaction complexe des caractéristiques individuelles, par les facteurs sociaux et économiques et par l'environnement physique. Les stratégies visant à améliorer la santé des enfants doivent donc toucher à tous les déterminants de la santé. On reconnaît de plus en plus que l'amélioration de la santé est une responsabilité collective qui exige une approche large et coordonnée aux questions de politiques touchant les enfants.

Références

Angus, D.A., et coll. *Le fardeau économique des blessures non-intentionelles au Canada*, Toronto, Smart Risk, 1998.

Association canadienne des diététistes, Comité directeur conjoint responsable de l'élaboration d'un plan national sur la nutrition pour le Canada. *La nutrition pour un virage santé: voies d'action*, Toronto, Association canadienne des diététistes, 1996.

Campagne 2000. *La pauvreté de l'enfance au Canada : le rapport 1998*, Toronto, Family Service Association, 1998.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Rapport sur la santé des Canadiens : Annexe technique*, Ottawa, Santé Canada, 1996.

Comité consultatif fédéral provincial territorial sur la santé de la population. *Création d'une stratégie nationale pour le développement sain des enfants*, Ottawa, Santé Canada, 1998.

Commission mixte internationale. *Le CMI et le XXI^ème siècle*, Ottawa, Commission mixte internationale, 1997, p. 1–48.

Committee on Health, Safety and Food. *Investing in Our Future: A National Research Initiative for America's Children for the 21st Century*, Washington, Science Division, Office of Science and Technology Policy, 1997.

Committee on Pesticides. *Pesticides in the Diet of Infants and Children*, Washington, National Academic Press, 1993.

Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada, 1997*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1997.

Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada, 1998*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1998a.

Conseil canadien de développement social. *Les adolescents dans la main d'oeuvre au Canada*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1998b.

Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada. *Après le secondaire : les premières années — Le premier rapport découlant de l'enquête de suivi auprès des sortants, 1995*, n° de catalogue : MP78-4/12-1996, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996.

Dooley, D., J. Fielding et L. Levi. « Health and Unemployment », *Annual Review of Public Health*, vol. 17, 1996, p. 449–465.

Dumas, J. « Marriage and Divorce in Canada: What the Statistics Can and Cannot Tell Us », *Transition*, vol. 27, 1997, p. 9–11.

Dyck, R.J., B.L. Mishara et J. White. « Le suicide chez les enfants, les adolescents et les personnes âgées: constatations clés et mesures préconsisées » dans *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, vol. 3 : Le cadre et les enjeux*, Ottawa, Forum national sur la santé, 1998, p. 323–375.

Evans, R.G., M.L. Barer et T.R. Marmor (dir.). *Why are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, Hawthorne, Aldine de Gruyter, 1994.

Evans, R.G. et G. Stoddart. « Producing Health: Consuming Health Care », *Social Science and Medicine*, vol. 31, 1990, p. 1347–1363.

Forster, J.L. et M. Wolfson. « Youth Access to Tobacco: Policies and Politics », *Annual Review of Public Health*, vol. 19, 1998, p. 203–235.

Galambos, N.L. et L.C. Tilton-Weaver. « Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 2, p. 9–20, n° de catalogue : 82-003-XPB, Ottawa, Statistique Canada, 1998.

Good, G. *Intergenerational Programming in Canada: A Situational Review.* Préparé par Santé Canada pour l'Institut canadien de la santé infantile, Ottawa, 1995.

Guerin, D. « La santé en tenue de ville », *Santé et Société*, vol. 10, 1988, p. 18–20.

Gunderson, M. *Les femmes et le marché du travail canadien : transitions vers l'avenir*, n° de catalogue : 96-321-MPF, n° 2, Ottawa, Statistique Canada, 1998.

Guy, K.A. (dir.). *Notre promesse aux enfants.* Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1997.

Halfon, N., M. Inkelas et D. Wood. « Nonfinancial Barriers to Care for Children and Youth », *Annual Review of Public Health*, vol. 16, 1995, p. 447–472.

Hertzman, C. « The Lifelong Impact of Childhood Experiences: A Population Health Experience », *Daedalus*, vol. 123, 1994, p. 167–180.

Hertzman, C. « Population Health and Human Development », dans *Developmental Health: The Wealth of Nations in the Information Age*, D. Keating et C. Hertzman (dir.), New York, Guilford Press, 1999.

Hewlett, S.A. et C. West. *The War Against Parents*, New York, Houghton Mifflin Company, 1998.

Holmes, W.C. et G.B. Slap. « Sexual Abuse of Boys: Definition, Prevalence, Correlates, Sequelae, and Management », *Journal of American Medical Association*, vol. 280, 1998, p. 1855–1862.

Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 2e édition. Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994.

Keating, D.P. et C. Hertzmann (dir.). *Developmental Health and the Wealth of Nations: Social, Biological and Educational Dynamics*, Toronto, Guilford Press, 1999.

King, A.J.C., Boyce, F.W. et King, A.M. *La Santé des jeunes : tendances au Canada*, n° de catalogue : H39-498/1999F, Ottawa, Santé Canada, 1999.

Krieger, N., D.R. Williams et N.E. Moss. « Measuring Social Class in US Public Health Research: Concepts, Methodologies, and Guidelines », *Annual Review of Public Health*, vol. 18, 1997, p. 341–378.

Mayall, B. *Children, Health and the Social Order*, Buckingham, Open University Press, 1997.

McClosky, D. « As Long as We Both Shall Love », *Transition*, vol. 27, 1997, p. 4–7.

Miller, C.A. « The Health of Children, A Crisis of Ethics », *Pediatrics*, vol. 73, 1984, p. 550–557.

Mullen, P.D. « Children as a National Priority: Closing the Gap Between Knowledge and Policy », *Health Education Quarterly*, vol. 8, 1981, p. 15–24.

Normand, J. « L'éducation des femmes au Canada », *Tendances sociales canadiennes*, vol. 39, hiver 1995, p. 17–21, n° de catalogue : 11-008F, Ottawa, Statistique Canada.

Offord, D.R., et coll. « Outcome, Prognosis and Risk in a Longitudinal Follow-up Study », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 31, n° 5, 1992, p. 916–923.

Ontario Premier's Council on Health. *Nos enfants et nos jeunes d'aujourd'hui : l'Ontario de demain.* Toronto, Queen's Printer for Ontario, 1997.

Otis, J. Cité dans G. Godin et F. Michaud. « La prévention des MTS et du sida chez les jeunes », dans *La santé du Canada : un héritage à faire fructifier — vol. 1, Les enfants et les adolescents*, Ottawa, Forum national sur la santé, Santé Canada, 1998, p. 377–418.

Paris, H. « Les programmes d'aide aux employés qui on des obligations familiales », *Centre de recherche sur rénumération. Rapport*, p. 43–89, Ottawa, Conference Board du Canada, 1989.

Patrimoine canadien. *Convention relative aux droits de l'enfant*, n° de catalogue : S2-210/1991F, Ottawa, Patrimoine canadien, 1991.

Phaneuf, G. et L. Tonmyr. « Nouvelles initiatives de recherche à la Division de la violence envers les enfants », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 19, 1998, p. 81–82.

Richardson, C.J. « Divorce and Remarriage » dans *Families: Changing Trends in Canada*, M. Baker (dir.), Toronto, McGraw-Hill Ryerson Limited, 1996, p. 215–246.

Rivara, F.P. « Unintentional Injuries », dans *The Epidemiology of Childhood Disorders*, I.B. Pless (dir.), New York, Oxford University Press, 1994, p. 369–391.

Santé Canada. *Silence on cause*. Ottawa, Santé Canada, 1993.

Santé Canada. *Points tournants : les Canadiens et les Canadiennes d'un océan à l'autre tracent une nouvelle voie pour le développement sain des enfants et des adolescents*, n° de catalogue : H21-125/1995F, Ottawa, Santé Canada, 1995.

Santé Canada. *Pour la sécurité des enfants et des jeunes : Des données sur les blessures et les mesures préventives*, n° de catalogue : H39-412/1997F, Ottawa, Santé Canada, 1997.

Simons-Morton, B.G., et coll. « Health-Related Physical Fitness in Childhood: Status and Recommendations », *Annual Review of Public Health*, vol. 9, 1988, p. 403–425.

Slovic, P., et coll. *Perceptions des risques pour la santé au Canada*, n° de catalogue : H46-2/93-170F, Ottawa, Santé Canada, 1993.

Société canadienne d'hypothèques et de logement. *Le point en recherche*, n° 12, 1993.

Statistique Canada. *Scolarité, travail et activités connexes, revenu dépenses et mobilité : enquête auprès des peuples autochtones de 1991*, n° de catalogue : 89-534, Ottawa, Statistique Canada, 1993.

Statistique Canada. *Portrait statistique des femmes au Canada*, n° de catalogue : 89-503F, Ottawa, Statistique Canada, 1995.

Statistique Canada et Ressources Humaines et Travail Canada. *Après l'école : résultats d'une enquête nationale comparant les sortants de l'école aux diplômés d'études secondaires âgés de 18 à 20 ans*, n° de catalogue : MP78-4/12-1996, Ottawa, Statistique Canada et Ressources Humaines et Travail Canada, 1996.

Statistique Canada. *Revenu après impôt : répartition selon la taille du revenu au Canada*, Division des enquêtes-ménages, n° de catalogue : 13-210, Ottawa, Statistique Canada, 1997.

Steinhauer, P.D. *The Canada Health and Social Transfers: A Threat to the Health, Development and Future Productivity of Canada's Children and Youth*, Toronto, Voices for Children, 1995.

Tipper, J. *L'initiative sur la fillette canadienne*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1997.

Vanderpool, N.A. et J.B. Richmond. « Child Health in the United States: Prospects for the 1990s », *Annual Review of Public Health*, vol. 11, 1990, p. 185–205.